



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB) TANISI
ALMIŞ BİREYLERDEKİ ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMATİK YAŞANTI DÜZEYİ VE ÖFKE İFADE
TARZI İLE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI
ALMAMIŞ BİREYLERDEKİ ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMATİK YAŞANTI DÜZEYİ VE ÖFKE İFADE
TARZININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Cansu ÖLMEZ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Alptekin Çetin

İstanbul, 2020

T.C
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB) TANISI
ALMIŞ BİREYLERDEKİ ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMATİK YAŞANTI DÜZEYİ VE ÖFKE İFADE
TARZI İLE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI
ALMAMIŞ BİREYLERDEKİ ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMATİK YAŞANTI DÜZEYİ VE ÖFKE İFADE
TARZININ KARŞILAŞTIRILMASI

Cansu ÖLMEZ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Alptekin Çetin

İstanbul, 2020

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) Tanısı Almış Bireylerdeki Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantı Düzeyi ve Öfke İfade Tarzı ile Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almamış Bireylerdeki Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantı Düzeyi ve Öfke İfade Tarzının Karşılaştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

..../..../2020.

Cansu ÖLMEZ

I. ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Öncelikle tez yazım sürecimde bilgi, deneyim ve desteğiyle bana yol gösteren yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Alptekin ÇETİN'e teşekkür ederim.

NP Feneryolu Tıp Merkezi'nde ölçek ve değerlendirmeler için hastalarla çalışmamda yardımlarını benden esirgemeyen değerli hocam Dr. Psk. Cengiz DEMİRİSOY'a ve psikoloji lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan kıymetli hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her aşamasında yanımda olan, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, akademik anlamda iyi bir eğitim almam için elinden geleni yapan ve hedeflerime ulaşmam için desteklerini bir an olsun esirgemeyen sevgili babam Cemal ÖLMEZ ve sevgili annem Müjgan ÖLMEZ'e, her şeyiyle örnek aldığım ve ihtiyacım olduğu her an destek olan ablam Demet ÖLMEZ'e, varlığıyla desteğini esirgemeyen kardeşim Göksu ÖLMEZ'e sonsuz teşekkür ederim.

Bütün bu süreçte bana hep güç veren, sabrı, sevgisi ve desteğiyle hep yanımda olan Oğuzcan KOŞARSU' ya en içten şekilde teşekkür ederim.

Son olarak, yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olan desteklerini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, beni motive eden sevgili dostlarıma çok teşekkür ederim.

Cansu ÖLMEZ

II. İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
I. ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	ii
II. İÇİNDEKİLER	iii
III. ÖZET	vi
IV. ABSTRACT.....	viii
V. KISALTMALAR VE SİMGELER.....	x
VI. TABLO LİSTESİ.....	xii
VII. EKLER LİSTESİ	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırmanın Önemi	5
1.3. Hipotezler	6
1.4. Sınırlılıklar	6
1.5. Sayıtlar	7
1.6. Tanımlamalar.....	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB).....	8
2.1.1. Tanım	8
2.1.2. Tarihçe	9
2.1.3. Epidemiyoloji.....	10
2.1.4. Başlangıç Yaşı ve Cinsiyet	11
2.1.5. Etiyoloji.....	12
2.1.5.1. Psikososyal Kuramlar.....	12
2.1.5.2. Genetik.....	14
2.1.5.3. Nöroanatomi.....	15
2.1.5.4. Nörokimya.....	15

2.1.6. OKB Semptomatolojisi	17
2.1.6.1. Tanı Ölçütleri.....	19
2.1.7. Komorbidite	21
2.1.8. Tedavi	23
2.2. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları	24
2.2.1. Tanım	24
2.2.2. Çocukluk Çağı Travma Türleri	25
2.2.3. Etiyolojisi	26
2.2.4. Epidemiyolojisi	27
2.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	28
2.3. Öfke ve Öfke İfade Tarzları	30
2.3.1. Öfke Duygusunun Tanımı.....	30
2.3.2. Öfke İfade Tarzları.....	32
2.3.3. Öfke İfade Tarzı ve Çocukluk Çağı Travmaları	32
2.3.4. Öfke İfade Tarzı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	34
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	35
3.1. Araştırmanın Modeli.....	35
3.2. Grupların Seçimi ve Oluşturulması.....	35
3.2.1. İçerme Ölçütleri	36
3.2.2. Dışlama Ölçütleri	36
3.3. Veri Toplama Gereçleri	37
3.3.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF).....	37
3.3.2. Sosyodemografik Veri Formu.....	37
3.3.3. Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Tarama Listesi (YBOCS).....	38
3.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ)	38
3.3.5. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)	40

3.4. İstatiksel Değerlendirme	40
4. BULGULAR	41
4.1. Sosyodemografik Özellikler	41
4.1.1. Deney Grubuna Ait Sosyodemografik Özellikler	42
4.1.2. Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Özellikler	44
4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Araştırma Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması...	46
4.3. Korelasyon Analizleri.....	50
4.4. Deney Grubunun Sosyodemografik Bilgileri ile Ölçekler Arası İlişkilere Ait Bulgular	52
4.4.1. Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması.....	53
4.4.2. Yaş Açısından Karşılaştırılması.....	54
4.4.3. Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması	56
4.4.4. Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	58
4.4.5. Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılması	61
4.4.6. Ebeveyn Birlikteliği Açısından Karşılaştırılması	63
4.4.7. Kardeş Sayısı Açısından Karşılaştırılması	64
5. TARTIŞMA	67
6. SONUÇ	76
7. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER.....	78
8- KAYNAKÇA.....	79
9-EKLER.....	96

III. ÖZET

Bu araştırmanın amacı, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerdeki çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzlarının karşılaştırılması arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemektir. Bununla birlikte bazı sosyodemografik özelliklerin etkisi olup olmadığını incelenerek dağılımlarının çıkarılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın örneklemini T.C. Üsküdar Üniversitesi NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Feneryolu Polikliniği'ne ayaktan başvuran, OKB tanısı almış 18-65 yaş aralığındaki 36 gönüllü katılımcı ile bu katılımcılara sosyodemografik özellikler açısından denk ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 36 sağlıklı ve gönüllü kontrol grubu oluşturmuştur. İki gruba da Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF), Sosyodemografik Veri Formu, Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Tarama Listesi (YBOCS), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) verilmiştir.

Verileri analiz ederken betimsel ve ileri istatistik teknikler kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıkları belirlemek için “Kruskall Wallis Test”, “Mann Whitney U Testi” ve “Wilcoxon Testi” kullanıldı. Grup içi karşılaştırmalarda normal dağılım göstermeyen değişkenler için Spearman Korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel çalışmada anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara bakıldığında; OKB tanısı almış bireylerde Çocukluk Travmaları Ölçeği (CTQ)'nin duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt boyutlarının hepsinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak inkarı ölçen minimizasyon puanları ise kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Yine OKB tanısı almış bireylerde Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)'nin bastırılmış öfke alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutlarında deney ve kontrol grubu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Bununla birlikte deney grubunun sosyodemografik bilgileri doğrultusunda elde edilen sonuçlara göre SÖÖTÖ alt boyutlarından “Dışa vurulmuş öfke” ile eğitim durumu ve yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. CTQ' nun alt boyutlarından “Duygusal ihmal” puanları ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık

saptanmıştır. Sonuç olarak, OKB tanısı almış bireylerde çocukluk ağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzı arasında pozitif ynde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, ocukluk ağı Travmaları, Sürekli fke, fke İfade Tarzı



IV. ABSTRACT

The aim of this study is to investigate whether there is a significant relationship between the level of childhood traumas experiences and anger expression style among individuals diagnosed with obsessive compulsive disorder and the individuals who are not diagnosed with obsessive compulsive disorder. Besides, it aimed to find out the distributions by examining whether some sociodemographic features have an effect.

The sample of the study consisted of 36 volunteer who were admitted to Üsküdar University NP Istanbul Neuropsychiatry Hospital Feneryolu Polyclinic and were diagnosed with OCD, between 18-65 years of age, and 36 healthy and volunteer control groups who had same sociodemographic characteristics with no psychiatric diagnosis. Informed Consent Form (BGOF), Sociodemographic Data Form, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and Trait Anger and Anger Expressions Scale were given to both groups.

Descriptive and advanced statistical techniques were used to analyze the data. "Kruskall Wallis Test", "Mann Whitney U Test" and "Wilcoxon Test" were used to determine the differences between the groups. Spearman correlation test was used for variables that did not show normal distribution in intra-group comparisons. In statistical study, the significance value accepted as $p < 0.05$.

Considering the results obtained from the research; it has been found that there is a significant relationship in all the sub-dimensions of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) emotional abuse, physical abuse, physical neglect, emotional neglect and sexual abuse in individuals diagnosed with OCD however the minimization scores that measure denial found significantly higher in the control group compared to the experimental group. Also, it has been found that there was a statistically significant relationship in the sub-dimension of suppressed anger of the Trait Anger and Anger Expressions Scale in individuals diagnosed with OCD. In other sub-dimensions, no statistically significant difference has been found between the experimental and control groups.

In addition, according to the results obtained in line with the socio-demographic information of the experimental group, a statistically significant difference has been found between the "Anger Out" and educational status and age, which are among the subscales of the Trait Anger and Anger Expression Scale. A statistically significant difference has been found

between the “Emotional Neglect” scores and income status, which are sub-dimensions of CTQ. As a result, a positive correlation has been found between the level of childhood traumas experiences and anger expression style in individuals diagnosed with OCD.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Childhood Traumas, Trait Anger, Anger Expression Style



V. KISALTMALAR VE SİMGELER

5-HIAA: 5 Hidroksi İndol Asetik Asit

5-HT1D: 5 hidroksitriptamin (serotonin) reseptörü 1D

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APA: American Psychiatry Assosication

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BGOF: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

CTQ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EKT: Elektro Konvülsif Tedavisi

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

MR: Manyetik Rezonans

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKKB: Obsessif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

SÖÖTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi (Statistical Package for the Social)

SSRI: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)

TCA: Trisiklik Antidepresan

TMU: Transkraniyal Manyetik Uyarım

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

YBOC-S: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

Y-BOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği

KV: Kruskall Wallis Test

Max: Maximum Değer

Min: Minimum Değer

n: Örneklem Sayısı

Ort: Ortalama Değeri

p: Anlamlılık Değeri

r: Pearson korelasyon katsayısı

SS: Standart Sapma

$\bar{x}$: Ortalama

Z: Z Testi

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Deney Grubu ile İlgili Sosyodemografik Değişkenler

Tablo 2: Kontrol Grubu ile İlgili Sosyodemografik Değişkenler

Tablo 3: Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 4: Kontrol ve Deney Gruplarının CTQ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 5: Kontrol ve Deney Gruplarının SÖÖTÖ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6: Kontrol Grubu Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Korelasyon Sonuçları

Tablo 7: Deney Grubu Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Korelasyon Sonuçları

Tablo 8: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Tablo 9: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması

Tablo 10: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Tablo 11: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 12: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

Tablo 13: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Ebeveyn Birlikteliği Açısından Karşılaştırılması

Tablo 14: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş Sayıları Açısından Karşılaştırılması

VII. EKLER LİSTESİ

EK 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

EK 2: Sosyodemografik Veri Formu

EK 3: Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Tarama Listesi (YBOCS)

EK 4: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ)

EK 5: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)

EK 6: Kurum İzin Belgesi

EK 7: Etik Kurul Onay Formu

EK 8: Özgeçmiş

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk; obsesyon ve kompulsiyonlar ile karakterize olmuş yıpratıcı psikiyatrik bir bozukluktur. Obsesyonlar; tekrarlayan, istemsiz bir şekilde gelen, kişinin kendi zihninin ürünü olan, benliğe yabancı gelen ve bu nedenle kişinin zihninden uzaklaştırma çabası içine girdiği ancak zihnini daha çok meşgul eden, yineleyici ve zorlayıcı özellik gösteren her türden düşünce, dürtü ya da imgelerdir (Bayraktar, 1997). Ritüeller olarak da bilinen kompulsiyonlar ise tekrarlayan davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. Genellikle obsesyonun verdiği sıkıntıyı gidermek amacıyla belli kurallar çerçevesinde yapılır (Bayar & Yavuz, 2008). Birçok zaman kişi, obsesyonlardan kaynaklı ortaya çıkan sıkıntı hissini azaltmak ya da korku duygusu uyandıran bir olay ya da durumdan kendini korumak amacıyla kompulsiyonu yerine getirmek zorunda hisseder (DSM-IV, 2007).

1980 yılında ilk kez ayrı bir bozukluk olarak DSM-III' te yayınlanmıştır. DSM-IV'te "Anksiyete Bozuklukları" adı altında tanımlanmış, DSM-V' de Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından "OKB ve İlişkili Bozukluklar" başlığı ile değerlendirilmiştir (APA, 2013).

OKB'nin yaygınlığa dair yapılan geçmiş araştırmalarda nadir olarak gözlenen bir hastalık olduğu kabul edilmekteydi çünkü hastaların çoğu durum katlanılamaz hale gelmeden önce belirtileri önemsememekte ya da gizlemekteydi ancak 1980 sonrası yapılan yaygınlık çalışmalarında OKB görülme sıklığının sanılandan 50-100 kat daha fazla olduğu görülmüştür (Köroğlu & Güleç, 2007). Yapılan başka bir araştırmaya göre dünyada genel popülasyonun %1'i ile %3'ünü etkileyen kronik, yıpratıcı ve bunaltıcı bir ruhsal bozukluktur (Leckman ve ark., 2010).

OKB, yaygınlık açısından bakıldığında sıralamada özgül fobiler, alkol, madde kullanım bozukluğu ve depresif bozukluktan sonra en yaygın dördüncü ruhsal bozukluktur (Bayar & Yavuz, 2008). OKB, çoğunlukla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlar. En sık başladığı yaş grubu ortalama 20'li yaşlardır. Hastaların büyük bir kısmında (%65) bozukluk 25 yaşından önce başlar. 35-40 yaşından sonra nadiren (%15) başladığı görülmüştür (Bayar & Yavuz, 2008).

OKB' de sıklıkla gözlenen obsesyonlar kirlenme, bulaşma, kuşku, simetri ya da kesinlik ihtiyacı, somatik (bedensel), cinsel, dinsel, saldırganlık obsesyonları şeklindedir. Yaygın olarak görülen kompulsiyonlar ise yıkama/temizleme ihtiyacı, kontrol etme, sayma, düzenleme, sorma ya da itiraf etme ihtiyacı, istifleme ve zihinsel ritüellerdir.

OKB'si olan bireylerde türdeş semptomlar ve eş tanılar görülebilir. OKB'de komorbid olarak; anksiyete semptomları, otonom belirtileri, somatik belirtiler, depresif belirtiler, bazı özel durumlarda hipomanik veya manik belirtiler görülebilir. Yapılan çalışmalarda OKB'de %50 oranında I. Eksen bozukluklar ve %40 oranında II. Eksen bozuklukların komorbid olduğu görülmüştür (Karamustafalıoğlu & Karamustafalıoğlu, 2001).

OKB heterojen bir tablo olduğu için ortaya çıkmasında nörobiyolojik etkenler (nöroanatomik, nörokimyasal), psikolojik etkenler (psikodinamik ve bilişsel-davranışsal görüşler) ve çevresel faktörlerin etkisi bulunmaktadır.

Farmakolojik tedavi ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) birlikte uygulanması OKB semptomları üzerinde önemli ölçüde iyileştirici etkiye sahiptir (Bayraktar, 1997). Bunların dışında elektrokonvülsif tedavisi (EKT), transkraniyal manyetik uyarım (TMU) tedavisi de dirençli OKB hastalarında kullanılabilmektedir (Doğan, 2010).

Çocukluk dönemi; kişinin bedensel olarak, bilişsel olarak ve sosyal olarak hızla gelişme sağladığı ve yetişkinliğin biçimlendiği oldukça önemli bir evredir. Kişinin kendi ve dünya hakkında düşüncelerine zemin hazırlamaktadır (Ülker & Yılmaz, 2006). Bu nedenle çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılar kişinin kendi ve dünya hakkında algısında, düşünce ve duygularında olumsuzluklara neden olmaktadır (Gençoğlu ve ark., 2014).

Çocukluk çağında yaşanan travmatik yaşantılar depresyon ve anksiyete bozukluklarının gelişme riskini artırdığını bildiren epidemiyolojik çalışmalar vardır (Agid ve ark., 2000). Literatürde çocukluk çağı travmalarını açıklarken istismar ve ihmal kavramları kullanılmaktadır. Fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olarak gruplandırılabilir. 18 yaş öncesi aktif ve sürekli olarak zihinsel, sosyal, duygusal ve cinsel gelişimlerine zarar veren davranışlar istismar veya kötüye kullanım; anne, baba veya bakım verenler tarafından bakım, beslenme, güven,

eğitim, sağlık gibi ihtiyaçlarından mahrum bırakılması ise ihmal olarak tanımlanabilir (Yöyen, 2017). Bakım verenler tarafından gereken sevgi ve ilgiyi göstermeme, sosyal ve duygusal gelişimini desteklememe de ihmali kapsamaktadır (Tıraşçı & Gören, 2007).

Çocukluk çağındaki olumsuz yaşantıların, obsesif düşüncelerin sıklığını, yoğunluğunu artırabileceği ve içeriğini etkileyebileceği tahmin edilmektedir. Travmanın yarattığı anksiyete ile ilişkili tehdit edici unsurları ve sıkıntıyı kontrol altına almak için kompulsif ve tekrarlayıcı eylemlerin yapıldığı düşünülmektedir (Çelikel & Beşiroğlu, 2008). Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmatik yaşantıların nörokimyasal ve nöroanatomik değişiklikler eşliğinde depresyon ve anksiyete bulgularının oluşumunda etkili olduğu belirtilmiştir (Kaufman ve ark., 2000). OKB hastalarında, erken dönem travmatik yaşam olaylarının psikiyatrik tanısı olmayan bireylere göre daha fazla görüldüğünü gösteren epidemiyolojik ve klinik araştırmalar bulunmaktadır (Lochner ve ark., 2002). Toplum tabanlı yapılan çalışmalarda ise obsesif kompulsif belirtiler ile çocukluk çağında yaşanan travmatik olaylar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Çelikel & Beşiroğlu, 2008).

İnsanlar, duygularını ve düşüncelerini yer, zaman ve olaylara göre kontrol edebilmeyi, hem kendi içsel huzuru için hem de çevresindekilerle sağlıklı ilişkiler kurabilmek için önemli bulmaktadır (Duran & Eldeleklioğlu, 2005). Diğer duygular gibi öfke de insanın doğumundan itibaren yaşamının bir parçasıdır. Kişilerin karşılaştıkları çeşitli zorluklara, karşılıksız kalan ihtiyaçlara, plansız bir şekilde gerçekleşen olaylara karşı verilen rasyonel ve tepkisel bir duygudur (Duran & Eldeleklioğlu, 2005).

Her insanın öfke ifade etme tarzı o kişinin çeşitli özellikleri ve öğrenme tarzları doğrultusunda değişik türlerde olabilmektedir. Öfke ifade etme tarzları genel olarak dışa dönük öfke, içe dönük öfke ve kontrol edilen öfke olarak üçe ayrılmaktadır. Süreye göre ise sürekli(devam eden) öfke ve durumsal öfke olarak ikiye ayrılmaktadır (Spielberger ve ark., 1983). Yaşanılan öfke düzeyi ve öfke ifade etme şekli, kişinin psikolojik, fiziksel sağlığı ve diğer insanlarla olan ilişkileri arasındaki rolü bakımından önemlidir.

İnsanlar günlük yaşamda sıklıkla öfke uyandırıcı durumlarla karşılaşabilir bazen bu durumdan kaçarak öfkelerini yok saymayı, bazen de bu durumla başa çıkmaya çalışırlar. Kişi eğer öfkesinin ifade etmez ve bastırırsa benlik saygısı zedelenecik ve bu onu rahatsız edecektir; öfkesini olduğu gibi ifade ederse de insanlarla olan ilişkisi

bozulacak ve bu yine sıkıntı yaratacaktır (Kısaç, 2000). Bu nedenle, öfke duygusunu diğer duygular gibi doğal, anlaşılabilen, kontrol ile üstesinden gelinebilen hatta doğru ve etkin bir şekilde kullanıldığında faydası olan bir duygu olduğunu kabul etmek gerekir (Soykan, 2003).

Çocukluk çağındaki yaşantılar, bireyin gelecek dönemlerde kişiliğini, davranış biçimini ve ilişki kurma şekillerini doğrudan etkilemektedir (Köroğlu & Türkçapar, 2009). Aile içi ilişkilerin yapısına göre, kişilerin öfke düzeyinin ve öfke ifade tarzının değiştiğini belirten çalışmalar vardır (Novaco & Taylor, 2008).

Buna ek olarak, OKB sonucu ortaya çıkan belirtiler ve belirti şiddeti ile öfke arasında bir bağlantı ve ilişki olduğu düşünülmektedir. OKB’de görülen duygular birlikte incelendiğinde öfkenin hastalığın belirtilerini en güçlü yordayan duygu olarak belirtilmiştir. Hatta analitik bakış açısına göre OKB ve OKB semptomlarının öfke için perdeleyici bir görev gördüğü ileri sürülmektedir (McCubbin & Sampson, 2006). Rachman, (1993) OKB hastalarının artmış sorumluluk duygusu ve çevresel faktörler yerine kendilerini suçlama eğilimi nedeniyle öfke ile baş etmede zorluk yaşadıklarını belirtmiştir.

Bu bilgiler ışığında bu çalışma, obsesif kompulsif bozuklukta çocukluk çağı travmalarının etkisi ve öfke ifade tarzını incelemeyi amaçlamıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif bozukluğa sahip olmayan bireylerdeki çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının düzeyi ve öfke ifade tarzlarının karşılaştırılması arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemek amaçlanmaktadır. Bununla birlikte bazı sosyodemografik özelliklerin etkisi olup olmadığını incelenerek dağılımlarının çıkarılması hedeflenmiştir. Ortaya çıkan bulgular doğrultusunda konunun farklı açılardan sınıflanması ve tedavi planını oluştururken kullanılacak yöntem biçimlerini geliştirmek adına literatüre katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Önemi

Yapılan literatür taramalarında, obsesif kompulsif bozukluk, çocukluk çağı travmatik yaşantıları, öfke ifade tarzı ile ilgili yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Ancak obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerde çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve öfke ifade tarzının ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu araştırma, konuyla ilgili gelecekte yapılacak çalışmalar için kaynak olacak ve literatüre katkı sağlama açısından önem arz etmektedir.

Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar hayatımızda kalıcı ve derin izler bırakmaktadır. Çocukluk döneminde olumsuz yaşam deneyimlerine maruz kalan bireyler, gelecek dönemlerde gerekli olan yetenekleri geliştiremez ve başa çıkma yöntemleri yetersiz kalır. Bunun sonucunda anksiyete yaşarlar. Anksiyeteyi azaltmak için gereğinden fazla uyum mekanizmaları kullanılır ve bu durum normal olarak kabul edilmeyen davranışların görülmesine sebep olur (Gençtan, 2000). Bu nedenle, çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların, yetişkinlik döneminde yaşanabilecek sorunların bilinmesi ve alınabilecek önlemlerin saptanabilmesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

İnsanların farklı özel ve sosyal sistemlerin içinde bulunması, duyguların ve duygusal tepkilerin önemini belirtmektedir. OKB’de birçok duygu gibi öfke duygusunun da hastalığın ortaya çıkmasında ve seyrinde etkisi oldukça görülmektedir. En genel anlamıyla öfke; istenmeyen durum ve yaşanmışlıklara karşı ortaya çıkan doğal bir tepkidir. Öfke duygusu, bireyin düşünme becerisini ve iletişim kurma yeteneğini olumsuz yönde etkilemektedir. Öfke, açık bir şekilde ifade edilmediğinde bireyde zihinsel, fiziksel ve ruhsal bozukluklara sebep olabilir. Yapılan araştırmalarda bastırılan öfkenin depresyon ve anksiyete bozukluklarına neden olabileceği belirtilmiştir. Bununla beraber öfkeyi olduğu gibi dışa yansıtmanın da bireyin diğer insanlarla iletişim sıkıntıları yaşayabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, öfkenin yalnızca bireyin öfkesinin farkında olması ve öfke ifade etme tarzını kontrol etmesi durumunda fayda sağlayacak bir duygu olduğu belirtilmektedir. OKB ve öfke ifade tarzı ile ilgili yapılan çalışmaların yetersiz ve sayısının kısıtlı olması nedeniyle bu çalışmanın katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Tüm bunlar göz önünde bulundurularak, obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerde çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve öfke ifade tarzının ilişkisinin incelenmesi, tedavi planını oluştururken kullanılacak yöntem biçimlerini geliştirmek,

literatüre ve konuyla ilgili pek çok kaynağa katkı sağlamak çalışmanın önemini belirtmektedir.

1.3. Hipotezler

1. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerdeki çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve obsesif kompulsif bozukluğu tanısı almamış bireylerdeki çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.
2. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerdeki öfke ifade tarzı ile obsesif kompulsif bozukluğu tanısı almamış bireylerdeki öfke ifade tarzı arasında anlamlı bir fark vardır.
3. Obsesif kompulsif bozukluk, çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
4. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerde çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzı arasında anlamlı pozitif bir ilişki vardır.
5. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerde çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzı arasında anlamlı pozitif bir ilişki vardır.
6. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerdeki çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve obsesif kompulsif bozukluğu tanısı almamış bireylerdeki çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi arasında negatif yönde bir fark yoktur.
7. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerdeki öfke ifade tarzı ile obsesif kompulsif bozukluğu tanısı almamış bireylerdeki öfke ifade tarzı arasında negatif yönde bir fark yoktur.
8. Obsesif kompulsif bozukluk, çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
9. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerde çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzı arasında anlamlı pozitif bir ilişki yoktur.
10. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerde çağ travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzı arasında anlamlı pozitif bir ilişki yoktur.

1.4. Sınırlılıklar

1. Bu araştırma deney grubu için NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Feneryolu Polikliniği'ne başvuran, psikiyatri kontrolü sonucu OKB tanısı almış rastgele seçilmiş 36 hasta (18 kadın 18 erkek olmak üzere) ile sınırlıdır.

2. Bu araştırma kontrol grubu için herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan ve daha önce psikiyatrik ilaç kullanmamış rastgele seçilen 36 (18 kadın ve 18 erkek) katılımcı ile sınırlıdır.
3. Bu araştırma, 18-65 yaşları arasında 72 katılımcı tarafından gönüllülük esasına dayanarak doldurulan ölçekler ve anketler sonucunda edinilen verilerle sınırlıdır.
4. Bu çalışma, gerçekleştirilen literatür taraması ile sınırlıdır.
5. Elde edilen bulgular doğrultusunda sadece çalışmadaki bireylere benzer özelliklere sahip olan bireylerde genelleme yapılabilir.

1.5. Sayıtlılar

1. Araştırmada, örneklemin evreni temsil edebilirliği varsayılmaktadır.
2. Katılımcıların ölçeklere ve sosyodemografik bilgi formunda yer alan sorulara dürüst, içten ve samimi olarak cevapladıkları varsayılmaktadır.
3. Kullanılan veri ölçüm araçlarının çalışmanın amacına uygun biçimde veri toplanabilmesini sağlayacak şekilde geçerli ve güvenilir araçlar olduğu varsayılmaktadır.

1.6. Tanımlamalar

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB): Kişinin sosyal yaşamında ve iş yaşamında gözle görülebilir derecede işlevsellik kaybına yol açan, obsesyon adı verilen; rahatsız edici, ego distonik, yineleyen ve kaygı yaratan düşünceler ve kaygıyı gidermek amacıyla yapılan yineleyici davranış kalıpları ya da zihinsel eylemler olarak nitelendirilen kompulsiyonlardan oluşan ruhsal bir bozukluktur (APA, 2000).

Çocukluk Çağı Travmaları: Çocukluk çağında kişilerin maruz kaldıkları cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olaylarını tanımlamak amacıyla kullanılan genel bir terimdir (Yöyen, 2017).

Öfke: Öfke, kişinin istek ve ihtiyaçları engellendiğinde veya kısıtlandığında, haksızlığa uğradığını düşündüğü durumlarda, adaletsizlik hissettiği durumlarda ve kişisel bir tehdit algıladığında ortaya çıkan tepkisel bir duygudur (Kısaç, 1997).

Sürekli Öfke: Bireyin öfke seviyesinin sürekli ve yüksek düzeyde olması şeklinde tanımlanır. Diğer bir deyimle bireyin genel olarak kendini nasıl hissettiği veya ne oranda öfke yaşadığını ifade etmektedir (Özer, 1994).

Durumsal Öfke: Kişinin amacına doğru hareket ederken engellenmesi, kısıtlanması veya bir haksızlığa uğradığını düşünmesi sonucu beliren gerginlik, kızgınlık, sinirlilik ve şiddet gibi öznel bir duygunun yaşanmasıdır (Tatlıoğlu & Karaca, 2013).

Öfke ifade tarzı: Bireyin öfkesinin ifade ediliş biçimine bağlı olarak; içe dönük öfke, dışa dönük öfke ve kontrol edilen öfke olarak üçe ayrılmaktadır (Özer, 1994).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

2.1.1. Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) obsesyon ve kompulsiyonların varlığı ile karakterize bir bozukluktur. Obsesyon (takıntı); istenmeden gelen, sıkıntıya neden olan, yineleyen düşünce, dürtü ve imgelem olarak tanımlanır. Kompulsiyon (zorlantı) ise kişinin bu sıkıntıyı gidermek için yaptığı, uygulaması gerektiğine dair katı bir tutum sergilediği yineleyen davranışlar ya da kognitif eylemlerdir (APA, 2000). Bu durum; kişinin, sosyal ve mesleki işlevlerinde belirgin bozulmalara yol açar.

Obsesyon, kişinin farkında olmadan bilinçaltına giren ve benliğe yabancı (ego-distonik) niteliktedir ve kişiye aykırı, tuhaf, günah ve uygunsuz olarak değerlendirilir (Öztürk, 2004; Rachman, 1997; Starcevic, 2004). Hastalar, obsesyonu “takıntı, saplantı, evham ya da vesvese” gibi ifadelerle tanımlanmaktadır (Bayraktar, 1997). Kişiler genellikle bu obsesyonların ve kompulsiyonların mantıksız ve yanlış olduğunu kabul ederler.

Kompulsiyon, kişinin obsesyonlarına tepki niteliğinde olup, oluşan kaygıyı veya sıkıntıyı azaltmak amacıyla yapılır. Kompulsiyonlar dışarıdan gözlemlenebilir biçimde olabileceği gibi zihinsel eylemler şeklinde dışarıdan gözlemlenemeyebilir biçimde de olabilir (Öztürk & Uluşahin, 2011).

Obsesyonların, intruzif (girici) ve inatçı olmaları kişiyi rahatsız edici özelliğidir. İntruzif düşünceler insanlarda sık görülen bir durumdur. İntruzif düşünce ve obsesyon arasındaki fark, kişinin bu düşüncenin varlığına ve içeriğine dair yüklediği aşırı anlam şeklinde tanımlanabilir. OKB hastaları bu intruzif düşüncelerin tehlikeli olduğunu

varsayar ve ortaya çıkabilecek zararları engelleyebileceklerine dair bir inanç oluşturlar (Salkovskis & Kirk, 1989). Böylece obsesif düşünceler ve kompulsif eylemler, kişinin günlük rutinini, sosyal ilişkilerini, mesleki işlevlerini, duygusal ilişkilerini önemli ölçüde etkilemesine neden olur.

Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı'na (DSM-IV-TR) (2000) göre Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Anksiyete Bozuklukları'nda yer almaktadır. Hastalar tarafından tanımlanan sıklıkla karşılaşılan obsesyonlar; kirlenme, bulaşma (kontaminasyon), saldırganlık, dini ve mistik, cinsel, simetri, kuşku, somatik ve “diğer” diye adlandırdığımız düşünce obsesyonları olarak ayrılmaktadır. Buna tepki olarak ortaya çıkan ve sıklıkla karşılaşılan kompulsiyonlar ise; temizlenme, kontrol etme, tekrarlama, sayma, biriktirme, düzeltme ya da düzenleme kompulsiyonlardır. Yapılan araştırmalara göre; OKB tanısı almış kişilerin rahatsızlığı anlamaları ve psikolojik destek için başvurmaları ortalama 7 yıl sürdüğü görülmüştür (Karamustafalıoğlu, 2010).

2.1.2. Tarihçe

OKB ile ilgili bilgiler literatürde 300 yıl öncesine dayandığını ve psikiyatride tanımlanan ilk hastalıklardan olduğunu gösterir. Pek çok dini ve mitolojik törenlerin temelinde obsesif kompulsif eylem örüntüleri vardır ancak toplumsal ve kültürel olarak değişkenlik göstermektedir (Insel ve ark., 1990). Orta çağda da pek çok ruhsal hastalığın sebebinin şeytan tarafından ele geçirildiği düşüncesi, obsesyonları olan kişiler için geçerli olmuştur ve bu kişiler, işkencelerle ya da toplumlara göre değişiklik gösteren zorbalıklarla bu düşüncelerden arındırılmaya çalışılmışlardır. 17. Yüzyılda ünlü İngiliz şair Shakespeare'in Macbeth adlı eserinde Lady Macbeth karakterinin yaşadığı suçluluk duygusuna bağlı olarak ortaya çıkan obsesyon ve el yıkama kompulsiyonlarından bahsedilmiştir (Bayraktar, 1997).

Kaynaklara göre ilk olarak 1838 yılında Esquirol obsesyonu, depresyon ve melankoli belirtisi olarak tanımlamıştır. Obsesyonu terim olarak ilk kullanan 1866 yılında Morel olmuştur (Aslan & Ünal, 1995). Fransız ruh hekimi Pierre Janet, 20. Yüzyılın başlarında; özgül fobileri, takıntıları, kompulsif davranışları “psikastenî” başlığı altında toplamıştır. Janet' e göre bu durum; bireyin düşüncelerini ve sergilediği davranışlarını denetlemesini engelleyen ruhsal bir yorgunluk ve iradesinin zayıflamasından

kaynaklanıyordu. Ayrıca Janet kompulsiyonların tedavisi için davranışçı teknikleri kullanmıştır. Freud, fobi ve obsesif kompulsif nevrozdaki ruhsal nedenlerin farklı olduğunu görerek, ayrı olarak tanımlamıştır. Obsesif kompulsif nevrozun psikodinamik açıdan yorumlanması ve ruhsal kökenleri Freud tarafından araştırılmıştır. 1908’de obsesyonel nevrozun anal döneme saplanma sonucu ortaya çıktığını ve kişinin erken döneme gerilemesi (regresyon) ile oluştuğunu belirtmiştir. 20. Yüzyılda öğrenme kuramları, 20. Yüzyılın sonlarına doğru da kalıtsal-nörobiyolojik nedenlere ilişkin gelişmeler ortaya çıkmıştır (Öztürk & Uluşahin, 2015).

1980 yılında ilk kez ayrı bir bozukluk olarak DSM-III’ te yayınlanmıştır. DSM-IV’ te “ Anksiyete Bozuklukları” adı altında tanımlanmış, DSM-V’ de Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından “OKB ve İlişkili Bozukluklar” başlığı ile değerlendirilmiştir (American Psychiatric Association, 2013).

ICD-10 ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (1992) ’ne göre ise obsesif kompulsif bozukluğu, nevrotik stresle ilgili ve somatoform bozukluklar başlığı altında sınıflandırmıştır.

2.1.3. Epidemiyoloji

OKB, 1980’lere dek nadir görülen bir bozukluk olarak kabul edilmekteydi çünkü belirtilerin önemslenmemesi, gizlenmesi, tanı kriterlerinin yeterli olmaması veya yeterince sorgulanmaması gibi nedenlerden dolayı tanı koymak oldukça zordu. Bu nedenle bu dönemlerde OKB görülme sıklığı %0,05-1 düzeylerinde değerlendiriliyordu (Köroğlu, 2007).

ABD’ de 1980 yılında yapılan ilk toplum temelli çalışmaya göre OKB’nin yaşam boyu prevalansının %2,5 oranında olduğu bildirilmiştir (Rasmussen & Eisen, 1992). Aynı yöntemle dayalı olarak farklı ülkelerde de çalışmalar yapılmış ve rahatsızlığın yaşam boyu görülme yaygınlığı %2-3 civarında olduğu saptanmıştır (Karno ve ark., 1988).

OKB, güncel verilere göre ruhsal bozukluklar içinde major depresyon, madde bağımlılıkları ve fobilerden sonra en çok görülen dördüncü psikiyatrik tanı olduğu bildirilmiştir (Rasmussen & Eisen, 1992).

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalara göre ömür boyu yaygınlık oranı kültürel farklılıklara göre değişmektedir. Tayvan (%0,5-%0,9) ve Hindistan’da (%0,6) yapılan

alışmalar bu iki ülkenin dünya genelinde en düşük yaygınlık oranlarına sahip olduklarını ortaya koymaktadır. Kuzey ve Orta Avrupa’da yapılan çalışmalara göre, bu oran çok daha fazla olup %2,6 - %3,2 aralığında bulunmuştur (Bayar & Yavuz, 2008).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda OKB’nin prevalansının %2.5-6.2 aralığında olduğu saptanmıştır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında bir yıl içerisindeki yaygınlık oranı tüm nüfusta %0,5 oranında görülmüştür. Cinsiyet temelli yapılan çalışmalarda ise kadınlarda %0,6, erkeklerde %0,2 olarak saptanmıştır (Doğan ve ark., 1995; Erol ve ark., 1997; Kırpınar ve ark., 1997; illi ve ark., 2004).

2.1.4. Başlangıç Yaşı ve Cinsiyet

OKB çoğunlukla ergenlik ve genç eşişkinlik döneminde başlar. En sık başladığı yaş grubu ortalama 20’li yaşlardır. Hastaların büyük bir kısmında (%65) bozukluk 25 yaşından önce başlar, 35-40 yaşından sonra nadiren (%15) başladığı görülmüştür (Bayar & Yavuz, 2008).

OKB’nin başlangıç yaşı cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında; erkeklerde daha erken başladığı saptanmıştır. Erkek hastalarda 15-25 yaş aralığındayken, kadınlarda 20-29 yaş aralığındadır. OKB’nin kadınlarda ve erkeklerde yaşam boyu görülme sıklığı ile ilgili yapılan klinik örneklem ve tarama çalışması örneklemeleri bulgularına göre değişiklik göstermektedir. Rasmussen ve Eiesen (1993) tarafından yapılan bir çalışmada OKB tanısı alan kişilerin %55’nin kadın olduğunu belirtmişlerdir. 220 kişilik OKB hastası ile yapılan bir diğer çalışmada da kadın ve erkeklerde görülme oranı eşit bulunmuştur (Lochner ve ark., 2004).

Lensi ve ark. (1996) yaptığı bir klinik araştırmada, cinsiyet farklılığı ile OKB arasında ilişkiyi incelemişlerdir ve OKB başlangıç yaşının erkeklerde daha erken olduğunu, medeni durumu bekar olanların oranının evlilere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Obsesyon tiplerine göre bakıldığında da, erkeklerde cinsellik içeren obsesyonların, simetri ve düzen obsesyonlarından daha çok görüldüğünü saptamışlardır.

OKB’nin ocuk ve ergenlerde görülme sıklığının nadir olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Bu oran %0,2-4 aralığında olduğu saptanmıştır (Zohar ve ark., 1992). İlk ve tek ocuk olmak ile ergenlik döneminde başlayan OKB arasında pozitif korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Snowden, 1979).

Çocukluk dönemlerinde başlayan OKB hastalarında yapılan bir çalışmada obsesyon ve kompulsiyonların sayısının daha fazla ve seyrinin daha şiddetli olduğu, öğrenme güçlüklerinin ve tik bozukluğunun daha fazla görüldüğü, hastaların tedaviye yanıtının daha az olduğu bildirilmiştir (Sobin ve ark., 2000).

OKB stres veren yaşam olaylarından sonra aniden başlayabilir; bu stres veren durumların %50-70'i hamilelik, yakın birinin kaybı, travmatik olaylar oluşturur. Bu stres veren yaşantılar obsesyon ya da kompulsiyonun içeriğini daha fazla etkileyebilmektedir (Akgün, 1989).

2.1.5. Etiyoloji

2.1.5.1. Psikososyal Kuramlar

Psikanalitik Yaklaşım:

Freud'a göre obsesyonel nevrozun gelişmesine yol açan etmenler; anal döneme saplanma ve gerileme görülmesidir. Psikodinamik yaklaşıma göre OKB bastırılan bilinçdışı dürtüler, hayaller sonucu ortaya çıkar. Bastırılan dürtülerin sonucunda kişi yoğun bir anksiyete yaşar ve ödipal dönemden anal döneme gerileme olur. Freud, OKB' de savunma mekanizmaları olarak; regresyon, yer değiştirme, yapıp-bozma, yalıtma gibi kişiye özgü mekanizmaların altını çizmektedir (Bayar & Yavuz, 2008). OKB'de egoyu kontrol süreci diğer nevrotik bozukluklara benzer şekilde yetersiz hale gelir. Kişi ego ile daha güçlü bir oluşum olan süperego arasındaki sadomazoşistik ilişkiyi yürütmeye çalışır (Topçuoğlu, 2003).

Mallinger'a (1984) göre, obsesif düşüncelere sahip kişilerde yaşamın her alanını kontrol etme ihtiyacı artar. Hastalığın belirtileri kişinin kontrol etme çabası yetersiz kaldığında ortaya çıkar ve bu çabanın kökeninde güçsüz kalma korkularının olduğunu savunmuştur.

Salzman (1985) ise OKB'nin temelinde utanç, güçsüzlük ve yetersizlik duygularının ortaya çıkışını engelleme çabasının olduğunu vurgulamıştır. Klein (1940) ise obsesif düşünceleri içsel iyi nesnenin zarar görmesi düşüncesini engellemek amacıyla çıkarılan savunmalar olarak değerlendirmiştir.

Joseph'e (2001) göre, çocukluk dönemindeki ilişkiler gelecek dönemlerdeki kişilik ve patolojinin asıl sebebidir. Anne ve babanın tutarsız davranışları, istekleri, eleştirel yaklaşımının sonucunda oluşan sağlıklı ilişkilerin OKB'ye neden olabileceğini belirtmiştir.

Leib' de (2001) bu savunmayı destekleyecek şekilde OKB tanısı almış kişilerin analizinde anne çocuk ilişkisinin önemini vurgulamıştır ve OKB hastalarının çoğunda despot ve aşırı koruyucu ebeveyn tutumu sonucu kurulan sağlıklı ilişkilerin hastalığın gelişmesine neden olduğunu belirtmiştir.

Özetle; psikanalitik bakış açısına göre, obsesif düşüncelerin ve rahatlamak amacıyla yapılan kompulsiyonların kişide anlamlı bir karşılığı bulunmaktadır.

Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım:

Bilişsel davranışçı kuram, obsesif düşüncenin niteliksel olarak zorlayıcı düşünceler ile aynı içeriklere sahip olduğunu ve genel toplumun %90'ında olduğunu savunur. Klinik obsesyon ile zorlayıcı düşünceler arasındaki fark, daha belirgin bir sıkıntıya sebep olması, daha sık ve şiddetli olması ve daha uzun sürmesidir. OKB'li hastalar bu zorlayıcı düşünceleri yanlış yorumlar, oluşabilecek zararın önlenmesi için baş etme yöntemleri geliştirir ve buna bağlı olarak kaçınma davranışları ve yinelemeler ortaya çıkar.

OKB'nin bilişsel modeli ilk kez Rachman (1997) tarafından tanımlanmıştır. “Anlamanın yanlış yorumlanması” ismi verilen kurama göre; kişi, bir dış uyaran ile tetiklenen zorlayıcı düşünceleri, imgeleri, dürtüleri, şüpheleri yanlış bir şekilde yorumlar, tehdit edici ve zarar verici olarak değerlendirir. Yanlış yorumlamalar azaldığında veya kaybolduğunda obsesyonlar da azalır. Obsesyonu olan kişiler, saldırganlık, cinsellik, dini değerlere hakaret gibi içeriklere sahip rahatsız edici düşünceleri kendi ahlaki değerleri doğrultusunda yanlış yorumlayarak kendilerini ahlaksız, günahkar, tehlikeli, cezalandırılması gereken kişiler olarak değerlendirirler (Rachman, 2003).

Salkovsis (1989) ise “Abartılı Sorumluluk Modeli” ile obsesyonların rahatsız edici olmasının temel nedeninin abartılmış sorumluluk duygusunun olduğunu öne sürer. Zorlayıcı düşüncelerin ilk olarak ortaya çıkışında duygusal anlamda yansızlık söz konusudur. Kişi, zorlayıcı düşüncelere geçmiş yaşantıları ve düşünceleri doğrultusunda

olumlu, olumsuz ya da yansız anlam yükler ve bu düşünceler üzerinde kişisel olarak sorumluluğu ve kontrolü olduğu yönünde yanlış düşüncelere sahip olduğu için bu abartılı sorumluluk duygusunu azaltmak veya ortadan kaldırma çabasıyla kompulsif eylemleri ortaya çıkarır ve rahatlamaya yol açtığı için tekrarlamaya devam ederler.

Mowrer, anksiyete bozukluklarında klasik ve edimsel koşullanmayı içeren “İki Aşamalı Kuram” ı öne sürmüştür. Buna göre, korku, klasik koşullanma ile kazanılır, edimsel koşullanma ile sürdürülür. Bu kurama göre obsesyonlar anksiyeteyi artıran koşullu uyaranlar, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi azaltan, öğrenilen ve pekiştirilen eylemlerdir (Salkovskis, 1989).

Clark (2007) tarafından öne sürülen bir başka model ise “Bilişsel Kontrol” modelidir. Bu modele göre düşüncelerin kontrol edilmesi gerekir. OKB tanısı almış kişiler; zorlayıcı düşünceleri, dürtüleri ve imgeleri engellemesi veya ortadan kaldırılması gerektiğine dair bir inanç geliştirirler, ortaya çıkan ve işlevsel olmayan bu çabalar, zorlayıcı düşünceleri, dürtüleri ve imgeleri daha fazla düşünmelerine yol açar.

2.1.5.2. Genetik

OKB’de ailesel geçişin rolü 1930’lardan beri araştırılmış ve güçlü kanıtlar ortaya çıkmıştır (Lenane ve ark., 1990). Yapılan çalışmalara bakıldığında erken başlangıçlı olan ve tik bozukluğunun komorbid olduğu vakalarda genetik geçişi destekleyen veriler elde edilmiştir (Pauls ve ark., 1986). Başlangıç yaşının kalıtsal geçişten bağımsız olduğunu ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır (Demet, 2005).

Yapılan bir çalışmada OKB tanısı almış çocukların ve ergenlerin yakın akrabalarında OKB oranı %20-25 bulunmuştur ve bu durum erken başlangıçlı OKB’nin ailesel geçiş ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür (Lenane ve ark., 1990). Başka bir çalışmada yine OKB tanısı alan kişilerin, birinci derece yakınları ile kontrol grubu karşılaştırıldığında 5 kat daha fazla OKB tanısı alan kişiler olduğu görülmüştür (Nestadt ve ark., 2000).

OKB’de genetik geçiş etkileri ikiz çalışmalarında da gösterilmiştir. Carey ve Gottesman (1981) ’ın 30 ikiz çift ile yaptığı araştırmada tek yumurta ikizlerde OKB eş hastalanma (konkordans) oranı %87 olarak bulunmuştur buna karşılık çift yumurta ikizlerinde %47 olduğu görülmüştür.

2.1.5.3. Nöroanatomi

OKB’de nörolojiyi temel alan ilk tanım Constantin von Economo’nun ciddi influenza enfeksiyonlarından sonra bazal gangliyonlarda görülen yapısal eksiklik sonucu kompulsif tarzda oluşan tikler, ritüeller ve benzeri davranış şekillerinin ortaya çıkmasıyla oluşturulmuştur (Karşlıoğlu & Yüksel, 2007).

Bazal gangliyonlar, motor eylemlerin düzenlenmesi ve kognitif işlevlerin yürütülmesinde temel bir rol oynamaktadır. Bazal gangliyonların uygunsuz uyarıları filtreleyememeleri sonucu oluşan korteks - kaudat çekirdek - globus pallidus - talamus korteks döngüsü, aşırı yüklenme sonucu OKB belirtilerine sebep olmaktadır. Bu belirtiler hareketleri planlama, hataları belirlemede bozulma, ödül değerlendirmede yetersizlik şeklinde olup anormal davranışlar görülmüştür (Kalra & Swedo, 2009).

Buna ek olarak, hareket bozukluklarından olan Sydenham koresi, Tourette hastalığı ve Huntington hastalığı gibi bazal gangliyonlardan kaynaklanan hastalıklarla OKB’nin birlikte görülmesi; OKB için bazal gangliyonların etkisini ve bu bölgede oluşan patolojik bir durumda OKB gelişimini göstermektedir (Eşel, 2000).

Yakın zamanda yapılan Manyetik Rezonans (MR) görüntüleme çalışmalarında OKB tanısı almış bireylerde, sol orbitofrontal korteks, sol superior temporal girus, sol inferior parietal korteks, sol talamus ve bilateral hipotalamusun sahip olduğu gri cevher hacminde artış bildirilmiştir. Cuneus ve serebellumda ise gri cevher hacminde azalma olduğu belirtilmiştir (Rosenberg & Hanna, 2000).

2.1.5.4. Nörokimya

Serotonin:

Merkezi sinir sisteminde önemli rolü olan nörotransmitterlerden biri serotonindir. OKB’de nörotransmitterlerde bir bozukluk olabileceği öne sürülerek yapılan çalışmalarda merkezi serotonerjik sistemde işlev bozukluğunun etkisi vurgulanmıştır. Serotonin geri alımını inhibe eden klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin gibi ilaçların belirgin şekilde antiobsesyonel etkinliklerinin görülmesi bu görüşü desteklemiştir (Tükel ve ark., 2006)

Serotonerjik nöronlar, koordine edici ve düzenleyici işleve sahip olmalarına rağmen duyusal, motor ve otonomik fonksiyonlara sahip değildir. Bu nöronlar, cevap verme latansını (dürtüsellik) düzenlerler, duygudurum ve öz saygıyı elde tutarak sosyal davranışları geliştirirler. Ön beyindeki serotonerjik aktivitenin azalması; agresyona, stres ile baş etme yetisinde azalma, dalgalı duyguduruma, heyecan arama, risk alma davranışına neden olur (Baumgarten & Grozdanovic, 1998; Eşel, 2000).

OKB tanısı almış kişilerde yapılan beyin omurilik sıvısı (BOS) çalışmalarında, serotonin metabolizması sonucu ortaya çıkan 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) seviyeleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Insel ve ark., 1985). Ayrıca klomipramin tedavisi gören OKB'li hastalarda BOS 5-HIAA düzeylerinde de doğrusal bir azalma görülmüştür (Altemus ve ark., 1992).

OKB'de serotoninin etkisi ile ilgili yapılan günümüzdeki araştırmalar, serotonin taşıyıcı proteinin, orbitofrontal korteksteki serotonerjik sistemlerin ve 5-HT1D gibi reseptörlerin hastalığın belirtileri üzerinde etkili olduğu görüşünü desteklemiştir (Mundo ve ark., 2007).

Dopamin:

OKB patogenezinde serotonin dışında dopamin nörotransmisyon sisteminin de etkisinin olabileceği çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (Tükel ve ark., 2006). Yüksek dozda psikostimülan kullanımı sonrası obsesif kompulsif semptomların belirmesinde ve antidopaminerjik ilaç kullanımı ile bu belirtilerin azaldığının görülmesi OKB 'nin seyri sırasında dopaminin rolü olabileceğini düşündüren bulgulardır. Psikostimülan kullanılan araştırmalarda, obsesif ve kompulsif belirtilerle ilgili psikolojik gerginlik ortaya çıkmaması ve bunun obsesif düşünce ve eylemlerin dopaminerjik aşırı aktivasyona bağlı olabileceği düşünülmüştür ancak ego-distonik için serotoninin işlevinde oluşan bozulmanın daha önemli olduğu yönünde spekülasyona neden olmuştur (Karşlıoğlu & Yüksel, 2007).

OKB'de normal dopaminerjik aktivitenin baskılanamaması serotonin azlığı sonucudur; sabit hareket modeli uygunsuz bir şekilde artar ve belirtiler ortaya çıkar (Crespo-Facorro ve ark, 1999). Ayrıca bazal gangliyonlarda dopamin ve serotonin arasında önemli bağlantılar bulunması ve bu bölgeyi etkileyen dejeneratif veya

enfeksiyöz hastalıklarda OKB belirtileri görülmesi, dopaminin rolünü destekler (Denys ve ark., 2004). Dopaminin OKB patogenezi üzerindeki etkilerini araştırmak için yapılan çalışmalarda henüz fikir ayrılıkları olsa da dopaminerjik yolların obsesif ve kompulsif belirtiler üzerinde rolü olabileceği düşünülmektedir (Işıklı & Gönül, 2012).

Glutamat:

Glutamatın kortiko-striatal yolak üzerinde ve kaudat çekirdekte serotonin salınımını azalttığı, serotonerjik nöronların ise glutamatın salınımı üzerinde rol aldığı bilinmektedir. Glutamat ve serotonin arasındaki bağlantının OKB’de bozulduğu bildirilmiştir (Rosenberg & Keshavan, 1998).

Yapılan bir çalışmada, onbir OKB hastasının glutamat konsantrasyonu bakımından oksipital kortekste kontrol grubu ile arasında fark bulunamazken; kaudat çekirdek glutamat konsantrasyonunun OKB hastalarında artış gösterdiği ve 12 hafta süre ile kullanılan paroksetin etkisi ile glutamat konsantrasyonunun azaldığı görülmüş ve kaudat çekirdek glutamat konsantrasyonundaki azalma ile OKB belirtilerinin şiddetindeki azalma arasında pozitif korelasyon olduğu bulgulanmıştır (Rosenberg ve ark., 2000).

Glutamat modülatörü olan riluzolün, şiddetli seyir gösteren OKB hastalarında selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) tedavisine eklenmesiyle olumlu yanıt alınan çalışmalar bulunmaktadır (Pittenger ve ark., 2008).

2.1.6. OKB Semptomatolojisi

OKB’nin klinik özellikleri değerlendirildiğinde önemli üç öge vardır. Birincisi; kişide sıkıntı yaratan, ısrarcı ve zorlayıcı düşünce, imge ya da dürtüler ortaya çıkar. İkincisi; sıkıntıyı azaltmak veya kötü sonuçları engellemek için yapılan tekrarlayıcı, törensel davranışlar veya düşünsel eylemler olmasıdır. Üçüncüsü ise, kişi obsesif düşüncelerin kendisinden kaynaklı olduğunu bilir ancak belirtiler benliğe yabancısıdır bu nedenle rahatsız olurlar (Karamustafalıoğlu & Akpınar, 2006). Kişi, genellikle obsesif düşüncelerinin ve kompulsif eylemlerinin saçma ve anlamsız olduğunu bilir ve karşı koymak ister. Kişinin obsesif kompulsif belirtilere karşı koyma çabası sırasında şiddetli bir anksiyete ortaya çıkar ve kompulsiyonu kabul ederek kendini sakinleştirir bu nedenle hastaların bir çoğu kompulsiyonlara karşı koyamaz (Babaoğlu ve ark., 2012).

OKB' de en sık kirlenme/bulaşma, kuşku, simetri ya da kesinlik ihtiyacı, somatik (bedensel), cinsel, dinsel, saldırganlık obsesyonları görülür. Sıklıkla karşılaşılan kompulsiyonlar ise yıkama/temizleme, düzenleme, kontrol etme, sayma, sorma ya da itiraf etme ihtiyacı, istifleme ve zihinsel ritüellerdir.

Obsesyon tipleri arasında en sık görülen %25-55 oranlarıyla bulaşma/kirlenme obsesyonlarıdır (Karaca & Doksat, 1998). Hastaların bazılarında mikrop, idrar, meni gibi kirletici maddelerin bulaşacağı düşüncesi varken bazılarında ise sadece kirlenme hissi yaratır. Bu obsesyon tipine sahip hastalar genellikle insanlara ve eşyalara temas etmekten kaçınılırlar. Kirlenme obsesyonunun arkasından genellikle yıkama/temizleme kompulsiyonu gelişir. Tekrarlayıcı el yıkama, eşyaları temizleme ve uzun süren banyolar görülebilir (Berkun, 2003). 240 OKB hastasıyla yapılan bir çalışmada, kirlenme obsesyonu, kadınların %67,1'inde görülürken erkek hastalarda bu oran %33 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada temizlenme kompulsiyonu kadınlarda %74,5 erkeklerde ise %41,8 olarak saptanmıştır (Yıldırım ve ark., 2009).

En sık görülen ikinci obsesyon kuşku/şüpheyi takiben kontrol etme kompulsiyonu ortaya çıkar (Babaoğlu ve ark., 2012). Kapı, ocak, pencere gibi nesneleri kapatıp kapatmadığı konusunda emin olamama durumu görülür. Bu durumlar genellikle tehlikeli görüldüğü için güvenliği sağlamak amacıyla kontrol etme kompulsiyonu ortaya çıkar. Bu kontrol etmeler bazen saatlerce sürebilir. Şüphe obsesyonu olan kişilerin %82' sinde kontrol etme kompulsiyonu görülür (Bayraktar, 1997). Bu sonucu destekleyen bir çalışmada, şüphe obsesyonu olan erkek OKB hastalarının %44,3' ünde, kadın hastaların %42,2' sinde kontrol etme kompulsiyonu görülmüştür (Yıldırım ve ark., 2009).

Saldırganlık obsesyonlarında kişi kendisine veya başkalarına zarar verme, yaralama, öldürme gibi düşünceler ortaya çıkar. Bu hastalar kesici ve delici aletlerden, sivri nesnelerden kaçınırlar ve buna ek olarak kendilerine ve sevdiklerine zarar vermektan korktukları için yalnız kalmaktan çekinme, araba ile birisine çarpma ve kendini veya sevdiği birisini yüksek bir yerden atma düşünceleri de görülebilir. Saldırganlık obsesyonları olan hastaların %68'inde cinsellik obsesyonlarının da eşlik ettiğı görülmüştür (Bayraktar, 1997). Cinsel obsesyonlar genellikle utanç verici ve kabul edilemez nitelikte olduğu için kişiyi rahatsız eder. Dinsel obsesyonlarda ise, kutsal değerlere yönelik saygısızlık düşünceleri ve günah işleyip toplum tarafından yargılanma ve dinden çıkma

kaygıları görülür (Tek & Uluğ, 2001). Saldırganlık, dinsel ve cinsel obsesyonların diğer obsesyonlara göre kişinin utanç duymasına neden olacak, kendi kişiliğine ve inandığı ahlaki/etik değerlerine aykırı olarak düşündüğü, günaha gireceğine inandığı ve küçük düşürücü olarak algıladığı düşüncelerdir. Daha fazla sıkıntı ve anksiyeteye neden olabilir (Beşiroğlu & Ağargün, 2006).

Simetri ve düzen obsesyonları, bazı nesnelerin ve kişi için önemli olayların belirgin bir düzene sahip olması, eşyaların tam manasıyla simetrik düzen içinde olmasıyla ilgilidir. Kişi böyle durumlarda, etrafındaki nesneleri düzenleme veya düzensiz olan ortamlardan kaçınma kompulsiyonu gösterebilir (Tükel ve ark., 2006). Somatik obsesyonlarda, ölümcül bir hastalığa yakalanma ve bedensel görünüme dair aşırı uğraşlar görülür. Kişi buna bağlı olarak hastalığa yakalanma korkusuyla sık sık sağlık kurumlarına başvurur. Bedeniyle ilgili onaylanma arayışı içinde olur (Tükel ve ark., 2006). Biriktirme obsesyon ve kompulsiyonları; manevi değeri ya da kullanım alanı olmadığı halde bazı nesneleri, eşyaları biriktirme/istifleme gereksinimi, atma veya elden çıkarmaya yönelik yoğun anksiyete yaşanması olarak tanımlanır (DSM-IVTR, 2007).

2.1.6.1. Tanı Ölçütleri

DSM-IV TR' ye göre OKB için tanı ölçütleri şu şekildedir (DSM-5, 2014)

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.
2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme,

denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Takıntı-zorlanti belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotilomanide [saç yolma bozukluğu] olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığının ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

2.1.7. Komorbidite

OKB’de sıklıkla birlikte görülen komorbid durumların varlığı tedaviye yanıtı ve hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilir. Yapılan bir araştırmada, 420 OKB hastasında en sık görülen komorbid bozukluklar; duygudurum bozuklukları (depresyon-bipolar) (%27.1) ve anksiyete bozuklukları (%12.8) olarak saptanmıştır. Ayrıca majör depresyonun da OKB tanısı almış kişilerde genel popülasyona göre 10 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Aynı çalışmada OKB’ye eşlik eden kişilik bozukluğu olarak obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) (%9) ve bağımlı kişilik bozukluğu (%7.6) tespit edilmiştir. Kişilik bozukluklarının OKB hastalarında genel popülasyona göre 3 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Denys ve ark., 2004). En sık eşlik eden kişilik bozukluğu patolojilerinin ise obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, çekingen, bağımlı kişilik bozukluklarını içeren C kümesi kişilik bozuklukları olduğu bildirilmiştir (Tamam ve ark. 2003).

OKB’de ek olarak anksiyete belirtileri, otonom belirtiler, somatik yakınmalar, depresif duygudurum belirtileri, hipomanik bazen manik belirtiler bile görülebilir. Yapılan çalışmalarda OKB’de %50 oranında I. Eksen bozukluklar ve %40 oranında II. Eksen bozuklukların eşlik ettiği görülmüştür (Karamustafalıoğlu & Karamustafalıoğlu, 2001).

OKB’de I. eksen tanılarından en sık görülen eş tanı majör depresyondur ve yaşam boyu yaygınlığı %66 oranında, OKB ile birlikte görülebilme olasılığı ise %33 oranında bulunmuştur. Bunun en önemli nedeninin obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkardığı yoğun anksiyete, stres ve işlevsellikte bozulmaların depresyonu tetiklediği düşünülmektedir (Karamustafalıoğlu & Karamustafalıoğlu, 2001). OKB’de komorbid görülen majör depresyonda daha fazla saldırganlık obsesyonlarının eşlik ettiği, intihar etme olasılığı ve hastaneye yatış oranlarının daha fazla olduğu ileri sürülmektedir (Perugi ve ark., 1997).

OKB ile anksiyete bozuklukları önemli oranda komorbid gösterir. Yapılan bir araştırmada, OKB hastalarında %17,7 oranında özgül fobi, %15,6 oranında sosyal anksiyete, %12,2 oranında yaygın anksiyete bozukluğu ve %9,5 oranında panik bozukluk görüldüğü saptanmıştır (Tükel ve ark., 2002). Başka bir araştırmaya göre ise OKB ile komorbid en sık olarak majör depresif bozukluk %36,8, sonra sırasıyla; yaygın anksiyete bozukluğu %31,4, agorafobi ya da panik bozukluk %22,1, sosyal fobi %17,3 ve özgül fobi %15,1 olarak saptanmıştır (Torres ve ark., 2006).

OKB hastalarında komorbiditesi eskiden beri bilinen ve incelenen tikler ve Tourette Sendromu’nun yaşam boyu görülme yaygınlığı tiklerde %20, Tourette Sendromu’nda ise %5-10 olarak bulunmuştur (Rasmussen & Eisen, 2002). OKB’de bipolar bozukluğun yaşam boyu birliktelik oranı epidemiyolojik çalışmalarda %7 -21 olarak, klinik çalışmalarda ise %10-35 olarak bulunmuştur (Kruger ve ark., 1995). OKB tanısı almış 115 kişiyle yapılan bir araştırmada hastaların %36,5’inde unipolar depresyon, %6,1’inde bipolar bozukluk olduğu bulunmuştur ve bipolar bozukluğu olan hastalarda manik epizod, hipomanik epizoda göre daha yüksek bulunmuştur (Tükel ve ark., 2006).

OKB hastalarında nadir olmakla birlikte, bazı durumlarda psikotik belirtilerin görülmesi veya şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması oldukça sık rastlanan bir durumdur. ABD’de yapılan bir çalışmada OKB hastalarında komorbid şizofreni oranı %12,2, şizofreniform bozukluk oranı ise %1,2 olarak bulunmuştur ancak şizofreninin OKB’den önce başladığı belirtilmiştir (Karno ve ark., 1988). Crino ve arkadaşlarının (1996) yaptığı OKB’de alkol ve madde kullanım bozukluklarıyla ilgili çalışmada, OKB’de, ilaç kötüye kullanımı %17,6, alkol bağımlılığı görülme oranı ise %24,1 olarak bulunmuştur.

2.1.8. Tedavi

Farmakolojik tedavi ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) birlikte uygulanması OKB semptomları üzerinde önemli ölçüde iyileştirici etkiye sahiptir (Bayraktar, 1997). Standart farmakolojik tedavide serotonerjik ilaçların (klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitaloqram, essitaloqram gibi) kullanılmasıyla süreç başlamaktadır (Bayar & Yavuz, 2008). Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ile semptomların azalma oranı %55-60 iken tedaviye davranışçı terapi yöntemlerin eklenmesiyle bu oran % 70' lere ulaşabilmektedir (Zohar ve ark., 1992).

OKB'nin farmakolojik tedavisinde genellikle akla ilk gelen trisiklik antidepresan (TCA) grubundan klomipramin kullanılır. Klomipramin trisiklik antidepresanlar içinde serotonin geri alımı üzerinde daha potent etkiye sahiptir (Karşlıoğlu & Yüksel, 2007). OKB tedavisinde farklı ilaçlar da denenmiş ancak en etkili ve iyileştirici etkiyi trisiklik bir antidepresan ve serotonin geri alım inhibitörü olan klomipramin ile elde edilmiştir. Klomipramini ilk kullananlardan biri olan Reynghe de Voxrie 1968'de OKB hastalarında ilacın obsesif belirtileri azalttığını tespit etmiştir (Duran, 1993).

Klomipramin tedavisinde genellikle 25-50 mg'lık dozlarla başlanır ve ilaç dozu 2-3 günde bir 25 mg'lık artırımlarla 250 mg/gün'e çıkarılır ve diğer trisiklik ilaçlarda olduğu gibi hipotansiyon, sedasyon, cinsel disfonksiyon ve kolinerjik yan etkiler (ağız kuruluğu gibi) görülebilir. Kullanılan ilaçların etkilerini görebilmek için tedavinin 10 haftadan fazla ve genelde 16-18 hafta devam edilmesi gerekmektedir. SSRI grubu ilaçlar, OKB tedavisi için genellikle depresyon tedavisi için uygun görülen günlük dozun iki veya üç kat daha fazlası verilmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

OKB tedavisinde bilişsel ve davranışçı psikoterapinin de etkili sonuçları görülmüştür. Bilişsel terapide, OKB hastalarındaki hatalı inançları ve bilişleri yeniden düzenlemeye çalışılır. Artan tehlike algısı ve tehlikenin sonuçlarına karşılık abartılı düşünceler gibi hatalı düşünceler ortaya çıkar. Bilişsel terapi sürecinde, aşırı sorumluluk, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik, abartılı düşünceler ve düşünceleri kontrol etme gibi alanlarda çalışılır. Davranışçı terapi sürecinde ise, maruz bırakma (exposure) ve tepki önlenmesi (response prevention) kullanılır. Kişinin belli kurallar çerçevesinde kompulsiyonlarını artıran durumların üzerine gitmesi sağlanır. Buradaki

amaç; başlangıçta artan korku ve sıkıntının kontrol altına alınması ve bu duruma alıştıran artan kaygının azalmasını sağlamaktır (Salkovskis, 1999).

İlaç ve BDT tedavisi dışında elektro konvulsif tedavisi (EKT), transkraniyal manyetik uyarmı (TMU) tedavisi de dirençli OKB hastalarında kullanılabilmektedir. Ancak EKT, OKB’de destekleyici bir tedavi yöntemidir, tek başına yeterli değildir. OKB’de cerrahi yöntemler; limbik sistemin içerisindeki bazı bölgeleri kesim, dondurma, radyasyon verme teknikleri uygulanarak lezyon meydana getirilerek semptomların azalması ya da kaybolması hedeflenir (Kara, 2015). Ancak psikoşirürji hiçbir tedaviye yanıt vermeyen çok dirençli hastalar için kullanılan son seçenektir ve bunların OKB’ye yararı hala kesin değildir (Doğan, 2010).

2.2. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları

2.2.1. Tanım

Travma, kişinin zihinsel ve ruhsal yaşamını olumsuz yönde etkileyen; benliğin gelişimini etkileyen, bozan, yavaşlatan, durduran zarar verici nitelikteki engellenme ya da çatışmalar tarafından ortaya çıkan yaşantılardır. Travmatik yaşantılar, benliğin niteliksel veya niceliksel olarak başa çıkamayacağı her türlü olay olarak tanımlanabilir. Travmatik yaşantılara dayanma gücü, travmatik olaya, travmatik olayın şiddetine ve süresine, benliğe, gelişme çağına, içerisinde bulunduğu fiziksel, toplumsal ve ruhsal çevreye göre değişebilir (Öztürk & Uluşahin, 2015).

DSM-V’te travma; kişinin gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma veya cinsel şiddete maruz kalması, bunlara tanıklık etmesi, bu olayların yakınlarının başına geldiğini öğrenmesi, ya da travmatik olayın rahatsız edici detaylarını ilk elden sürekli veya aşırı bir şekilde yaşaması olarak tanımlanır. Yaşanan olay klinik olarak önemli derecede sıkıntı yaratmalı, kişinin sosyal etkileşimlerini, çalışma kapasitesini ve işlevselliğini etkilemeli ve başka bir tıbbi durumun, ilaç, madde ve alkolün etkisinden kaynaklanmamalıdır. Ayrıca DSM-V’te “Travma ve Stresörlerle İlgili Bozukluklar” başlıklı yeni bir bölüm altında bir dizi rahatsızlık listelenmiştir (APA, 2013).

Travmayı kişinin günlük olumsuz deneyimlerinden ayıran önemli şey kişinin hayatına veya beden bütünlüğüne yönelik şiddet, tehdit veya ölümle gibi ciddi bir

durumla karşı karşıya gelmesidir (Karakaya & Coşkun, 2008). Sıradan olumsuz yaşantıların görülme olasılığı doğal olarak daha yüksektir ve kişinin kontrol etmesi daha mümkün olabilir ancak travmada görülme olasılığı daha düşük, sıra dışı ve kişinin kontrol etmesi mümkün olmayan durumlardır (Kira, 2001).

Travmatik yaşantılar, kişinin baş etme sistemlerini işlevsiz hale getiren olaylardır. Travmatik yaşantılar arasında baş etme yöntemlerinin en yetersiz kalabileceği durumlardan biri, çocukluk çağında yaşanan travmatik olaylardır (Şar, 1997).

Çocukluk çağı travmalarını ele alan ilk kişiler Kempe ve Helfer (1972)'dir ve çocukluk çağı travmalarını; ebeveynlerin veya çocuğa bakım veren diğer kişilerin yaptığı veya yapması gerektiği halde yapmadığı davranışlar sonucu çocukların ruhsal ve fiziksel olarak zarar görmeleri olarak belirtmişlerdir. Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar, ebeveynlerin veya bakım verenlerin ya da başkaları tarafından çocuğun, ruhsal, fiziksel sağlığına zarar verebilecek, sosyal hayatını etkileyecek şekilde çocuğa yapılan fiziksel, duygusal ve cinsel eylemleri, ihmal ve ticari amaçla kötüye kullanımı içerir (Şahin, 2008). Bunların dışında çocuğun bulunduğu sosyal koşullar, temel güven duygusunu örseleyecek, yetiştirilme tarzı, duygusal olarak bağlanmayı ve kişilik gelişimini olumsuz yönde etkileyen eylemler de travma kapsamında değerlendirilmelidir (Şahiner, 2010).

2.2.2. Çocukluk Çağı Travma Türleri

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre travmatik yaşantılar istismar başlığı altında incelenmiş, ihmal de istismar olarak kabul edilmiştir böylece çocukluk çağı travmaları 4 ana başlıkta incelenebilir (WHO, 2002).

Fiziksel İstismar: Belirgin olarak yapılan en temel tanımlama çocuğun kaza dışı nedenlerle sağlığına zarar verici davranışlar şeklindedir. Kaza dışı travmalar bakım veren/ler tarafından ceza vermek istendiğinde veya ebeveynlerin kontrolü kaybettiğinde ortaya çıkmaktadır. En çok fiziksel güç kullanma görülür. Daha seyrek olarak ise yakma, boğma, zehirlenme, kesici alet kullanma şeklinde görülür (Kara ve ark., 2004).

Cinsel İstismar: Psiko-sosyal gelişimini henüz tamamlamayan bir çocuğun yetişkin bir birey tarafından cinsel olarak kötüye kullanılması durumudur. Cinselliğe teşvik edici konuşmalar, cinsel organlara dokunma, oral seks, tecavüz, ensest, pornografik film seyrettirme, teşhircilik gibi eylemleri içerir (Kara ve ark., 2004).

Duygusal İstismar: Gereken sevgi, ilgi ve saygıdan mahrum bırakarak psikolojik yıkıma neden olma durumu olarak tanımlanabilir. Çocuğun psikolojisini örseleyecek şekilde tehditlerde bulunma, hakaret etme, küçük düşürme, aşağılama, eleştirme, korkutma, aşırı kısıtlama, tercihlerde dayatma, ihtiyaçları karşılamama, kardeş ayrımı yapma, yaşının üstünde sorumluluklar verme gibi eylemleri içerir (Kara ve ark., 2004). Duygusal istismar oldukça yaygındır ve sınırları çizmek oldukça zordur.

İhmal: Fiziksel ve duygusal ihmal şeklinde olabilir. Fiziksel ihmal; çocuğa gerekli tıbbi bakımın verilmemesi, beslenme, giyim, temizlik ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması, temel güvenliğinin sağlanamaması gibi durumları içerir. Duygusal ihmal ise gereken sevgi, ilgi, alakayı göstermeme, sosyal ve duygusal gelişimini desteklememe şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuğun eğitim açısından ihmal edilmesi de duygusal ihmal içindedir (Tıraşçı & Gören, 2007). İhmal ve istismar olgusunu birbirinden ayıran temel farklılık ihmalin pasif eylemler içermesi, istismarın aktif bir davranış şekli olmasıdır (Kara ve ark., 2004).

Terr, (1983) I.Tip Travma ve II. Tip Travma olmak üzere iki tür travmanın varlığından bahsetmiştir. I. Tip Travma; kişi, tek bir tane travmatik olay ile karşılaşmıştır. Doğal afet, kaza, cinayet gibi durumlar olabilir. II. Tip Travmada ise kişi, birden fazla ve tekrarlayan bir travmatik durumla yüz yüze kalmıştır. Çocukluk döneminde yaşanmış cinsel ve fiziksel istismar ile buna eşlik edebilecek korku dolu beklenti şeklinde olabilir.

DSM IV-TR, istismar ve ihmali “klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar” adlı başlık altında tanımlayarak beş kategoride ele almıştır. Bunlar; çocuğun fiziksel istismarı, çocuğun cinsel istismarı, çocuğun ihmal edilmesi, erişkinin fiziksel istismarı, erişkinin cinsel istismarı şeklindedir (DSM-IV, 2007).

Bu çalışmadaki ölçeklerden biri olan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Bernstein ve ark., 1994)’nde çocuğun yakınları tarafından maruz kaldığı duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar yaşantılarını ölçen sorular bulunmaktadır.

2.2.3. Etiyolojisi

Çocuk istismarında birçok etken olabilir. Bunları üç ana başlıkta inceleyebiliriz (Horton & Cruise, 2001). Birincisi, çocuğa bakım veren kişilerle ilgili olarak, küçük yaşta

ebeveyn olması, ebeveyn olma konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, maddi ve manevi sıkıntının olması, ebeveynlerden birinin hayatta olmaması, ebeveynlerin boşanmış olması, ebeveynlerden birinin fiziksel rahatsızlığı olması, ebeveynlerden birinin psikolojik sorunlarının olması, ebeveynlerin de geçmişte istismara maruz kalmış olması, aile içinde şiddet olması gibi birçok neden olabilir (Aral, 2001). İkinci olarak çocukla ilgili etmenler olabilir. Bunlar; çocuğun istenmeyen bir şekilde olması, çocuğun istenen cinsiyette doğmuş olmaması, ailenin birden fazla çocuğunun olması, fiziksel rahatsızlığının olması, zeka geriliği veya öğrenme bozukluğunun olması, yeme bozukluğunun olması, davranış bozukluğunun olması gibi faktörleri kapsayabilir. Son olarak, çevreye dayalı etmenler olabilir. Bunlar; çocuğun güvenliği eksik bir ortamda yetişmesi, kültürel farklılıklar, yaşadığı çevrenin sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, ırkçılık ve ayrımcılık, doğal afetler ve savaş gibi faktörleri kapsayabilir (Horton & Cruise, 2001).

Çocuk istismarı riskini artıran en önemli faktörlerden biri aile içi şiddettir. Aile içinde şiddet olan ailelerde çocuk istismarı 15 kat daha fazla görülmektedir. Çocuklar, annelerine göre 3 kat daha fazla bir şekilde babaları tarafından kötü davranışa maruz kalırlar (Deveci & Açık, 2003). Cinsel istismarın daha fazla görüldüğü ailelerde de boşanma, aile içi şiddet, ebeveynler arasındaki cinsel sorunlar, katı ebeveyn tutumunun etkili olduğu görülmektedir (Tıraşçı & Gören, 2007).

2.2.4. Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı istismar ve ihmalin prevalansı ile ilgili henüz tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. Yapılan çalışmalarda istismar kavramının farklı tanımlarının olması, farklı örnek gruplarının olması, bölgesel farklılıkların olması, sosyal etiketlenmeden kaynaklanan sorunların olması nedeniyle farklı sonuçlar görülebilir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada dünyada yetişkinlerin %26.6'sının çocukluk çağında fiziksel istismara, %16,3' nün de fiziksel ihmale maruz kaldıkları bulunmuştur (WHO, 2014).

Çocukluk çağı istismar ve ihmalin yaygınlığını ölçmek için Türkiye'de lise öğrencilerinin katıldığı bir çalışmada öğrencilerin %16.5 oranında ihmal, %15.8 oranında duygusal istismar, %13.5 oranında fiziksel istismar, %10.7 oranında cinsel istismar yaşadıkları saptanmıştır. Buna ek olarak, kız öğrencilerde cinsel istismar, duygusal

istismar ve ihmal oranının daha yüksek olduğu görülürken erkeklerde ise fiziksel istismar oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (Zoroğlu ve ark., 2001).

ABD’ de 1200-1500 kadar çocuğun her yıl istismar sonucu ebeveynleri ya da bakım verenleri tarafından öldürüldüğü düşünülmektedir. Bu vefat oranlarının %52’sinde fiziksel şiddet, %42’sinde ihmal ve %5’inde de hem fiziksel şiddet hem ihmal olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak fiziksel istismar sebebiyle çocuklarda kalıcı sakatlıklar da görülmektedir (Emery & Laumann, 2003).

Dünya çapında çocuk istismarı %1-10 arasındayken, ülkemizdeki verilerin %10-53 arasında olduğu belirtilmektedir. Cinsiyete göre bakıldığında kız çocuklarında %34,6 oranında erkek çocuklarında ise %32,5 oranında olduğunu göstermektedir (Kaya, 2009). Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması grubunun 2010 yılında yayınladığı raporda; 7-18 yaş grubundaki çocukların %51’inin duygusal istismara, %43’ünün fiziksel istismara, %25’nin de ihmale maruz kaldığı görülmüştür ek olarak çocukların tanık olma oranına bakıldığında; %56 oranında fiziksel istismara, %49 oranında duygusal istismara ve %10 oranında cinsel istismara tanık olduğu belirtilmiştir (Kostak & Vatansever, 2015).

Her yıl çocukların %1’i cinsel istismara maruz kalmaktadır bunların %12- %25’ini kız çocuklar, %8 - %10’unu erkek çocuklar oluşturmaktadır (Kellogg, 2005). Çoğu cinsel istismar vakasında çocukluk ve ergenlik döneminde başlayıp zaman içinde tekrarlandığı görülür ve vakaların %50’ sinden fazlasında istismarcı çocuğun tanıdığı birisidir (Plant & Miller, 2005; Topçu, 1997). Türkiye’de yapılan bir araştırmada enstest oranının oranının %1,4 olduğu belirtilmiştir (Şahin & Taşar, 2012)

Dünya çapında cinsel istismar suçlarının sadece %20 sinin bildirildiği düşünülmektedir. Geriye kalan mağdurların açıklamadığını göz önünde bulundurduğumuzda dünyada cinsel istismarın yaygınlığı bildirilenin çok üstünde olduğu muhtemeldir (Topçu, 1997).

2.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ya da stresli yaşam olayları çocuğun normal sağlıklı gelişimini engeller ve duygu düzenlemesinde zorluk yaşamasına neden olur (Maughan & Cicchetti, 2002). Ebeveynler veya bakım veren kişiler tarafından çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının doğru bir şekilde karşılanmaması, ihmal edilmesi

sonucu çocukluk ve yetişkinlik döneminde psikopatolojilerin görülme riski daha fazladır (Bülbül ve ark. 2013). Bu konu hakkında yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmatik yaşantıların ilerleyen dönemlerde birçok psikopatolojik durumların ortaya çıkmasına etkisi büyük olduğu görülmektedir. (Janssen ve ark., 2004). Travmatik yaşantılar sonucu; travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, madde bağımlılığı, alkol bağımlılığı, cinsel işlev bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, kişilik bozuklukları gibi psikopatolojiler görülmektedir (Duncan ve ark., 1996). Travmatik yaşantılar, OKB'nin başlangıcını tetikleyen ya da görülme riskini artırabilen durumlardandır.

Murphy ve arkadaşları (1988) OKB ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi gösteren ilk çalışmalardan birinde, 391 kadının katıldığı çalışmada, çocukluk çağında ve ergenlik döneminde cinsel istismara maruz kalan kadınlarda anksiyete, hostilite, paranoid düşünceler, kişilerarası hassasiyet ve daha fazla obsesif kompulsif belirtiler saptanmıştır.

Lochner ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir araştırmada, OKB ve Trikotilomani hastaları ile kontrol grubu karşılaştırılmış, OKB ve Trikotilomani grupları daha fazla çocukluk çağı travması bildirmişlerdir. Alt ölçek olarak bakıldığında da özellikle OKB tanısı almış kadınların özellikle duygusal ihmal puanları kontrol grubuna göre daha fazla bildirilmiştir.

OKB, panik bozukluk ve sosyal fobi tanısı almış hastalarla yapılan çocukluk çağı travmatik yaşantılarla ilgili bir çalışmada, OKB ve panik bozukluk hastalarının %23'ünde fiziksel kötüye kullanım, kontrol grubunda ise bu oran %8 olarak bulunmuştur. Buna ek olarak, OKB ve panik bozukluk tanısı olan kadın hastaların %45'inde cinsel kötüye kullanım, kontrol grubunda ise bu oran %15 olarak saptanmıştır (Stein ve ark., 1996).

İsrail'de 2008 yılında yapılan başka bir çalışmada ise 30 OKB tanısı almış hastanın 16'sının %53,3 oranında fiziksel temas içeren cinsel istismara maruz kaldıkları belirtilmiştir (Caspi ve ark., 2008). Tedaviye dirençli OKB tanısı alan hastalarla yapılan başka bir araştırmada ise katılımcıların %82'sinin herhangi bir travmatik öyküsü olduğu bildirilmiştir (Gershuny ve ark., 2008).

Visser ve arkadaşları (2014) olumsuz çocukluk yaşantıları olarak değerlendirilen cinsel ve fiziksel istismar, aile içi şiddete şahit olmak, ebeveynlerin veya bakım verenin

ihmali ve ebeveynlerden erken dönemde ayrılma gibi durumlar ile OKB şiddeti arasındaki bağlantıyı incelemek için 382 Hollandalı OKB hastasıyla bir çalışma yapmışlardır. Bulgularda olumsuz çocukluk çağı yaşantıları ve OKB şiddeti ve kronikliği arasında bir ilişki çıkmamıştır ancak OKB hastalarında duygudurum bozuklukları, alkol madde kullanım bozuklukları ve yeme bozukluklarının komorbiditesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Grisham ve arkadaşlarının (2011) bir çalışmasında, çocukluk çağı cinsel istismara maruz kalmanın, saldırganlık obsesyonlarında kontrol etme kompulsiyonu, bulaşma obsesyonunda yıkama kompulsiyonu, simetri obsesyonlarında düzenleme kompulsiyonları ve utanç verici düşünceler olarak belirlenen semptomlarda bulaşma/yıkama haricinde hepsinin riskinin artması ile bağlantılı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismarı bildiren katılımcılar ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında erişkinlikte OKB tanısı alma olasılığı 3 kat daha fazladır. Çocukluk çağı fiziksel istismar bildiren katılımcılar ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında OKB gelişme riski 7 kat daha fazla tespit edilmiştir. Buna ek olarak, fiziksel istismarın utanç verici düşünceleri artırdığı bulgulanmıştır.

Sonuç olarak literatürde yapılan çalışmalara baktığımızda çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların ilerleyen dönemlerde OKB'nin görülmesi ve gelişiminde önemli bir rolü olduğu ortaya konmuştur.

2.3. Öfke ve Öfke İfade Tarzları

2.3.1. Öfke Duygusunun Tanımı

Duygular, insanların hayatını planlamasına ve davranışlarını düzenlemesine kolaylık sağlar. Beş temel duygumuz; mutluluk, üzüntü, nefret, korku ve öfkedir. Genellikle kişinin ihtiyaç ve istekleri karşılanmadığında veya sınırlandırıldığında ortaya çıkar (Kısaç, 1997).

Öfke, düşük düzeyde bir rahatsızlık hissetmekten şiddet içeren boyutlara dek çıkabilen davranışsal, bilişsel, fiziksel ve duygusal faktörlere sahip olan bir duygudur (Bal, 2018). Öfkenin hayatımızda önemli bir rolü vardır ve her kültürde farklı yaşansa da evrensel bir duygudur.

Psikolojide öfke duygusu; engellenme, yoksun bırakma, kısıtlama, haksızlıkla karşılaşma, saldırı ve tehditle karşılaşma gibi durumlar karşısında hissedilen ve sebep olan duruma veya bireye karşın ortaya çıkan yoğun olumsuz bir duygu olarak ifade edilebilir (Budak, 2000).

Öfkeye karşı verilen tepkiler bireyin fiziki bütünlüğünü korumasını, psikolojik güvenliğini sağlamasını ve hayatını güvenle sürdürmesini sağlar. Duygular, insanların doğasında genetik açıdan bulunmasının yanı sıra insanlar duyguları nasıl yaşayacağını, ne tepki vereceğini yaşayarak öğrenir. Öfkenin ifade edilmesinde yaşayarak öğrenmenin etkisi büyüktür (Gentry, 2000).

Öfke anında kan akışı hızlanır, yüz kızarır, kaslar gerginleşir ve kişiye güç hissi gelmektedir. Bir kişiyi incitme hissiyatı, o kişiden veya oradan uzaklaşma dürtüsüyle ilişkilidir (Kalat & Shiota, 2007). Dürtüsellüğün artması kontrolü azaltabilir ve kontrol duygusunun en azaldığı duygu öfkedir. Fiziksel güç, kendine güvenin artması ve dürtüsellüğün artması yıkıcı davranışlarla sonuçlanabilmektedir (Strongman, 2009).

Öfkenin baskılanması veya öfkeyi yok saymak, otonomik sinir sisteminin aşırı aktivasyonu ile ilişkilidir. Bu durum kan basıncının, kalp atım sayısının artmasına ve diğer fizyolojik etkilere yol açabilmektedir. Devamlı bu tür fizyolojik değişikliklere maruz kalmak fizyolojik, kardiyovasküler işlevlerde bozulmalara ve psikosomatik bozukluklara neden olmaktadır (Kalat & Shiota, 2007).

Öfke, kısa süreli ve orta yoğunlukta yaşandığı zaman kişiye yararı olabilir ancak sürekli, uzun süreli ve şiddetli olduğunda kendisine ve çevresindekiler için yıkıcı etkiler bırakabilir. Özellikle öfke dışarıya yansıtıldığında ve çevresindekiler tarafından kötü bir şekilde eleştirildiğinde, kişide düşük benlik saygısı, kişilerarası iletişim bozulmalarına, söz ile ve fiziki olan saldırılara ve iş hayatında yaşanacak uyumsuzluklara yol açabilir. Buna ek olarak öfkenin içe atılması veya bastırılması; var olan enerjinin içe yönetilmesi durumu kişinin kendisine zarar vermesine neden olmaktadır (Tarhan, 2019).

Genel olarak baktığımızda, öfke duygusunu ifade etmek zorlu bir süreçtir. Bu nedenle kişinin öncelikle öfke duygusunu tanıması, kendisine ve başkalarına zarar vermeden sağlıklı bir şekilde ifade etme becerisi kazanması oldukça önemlidir (Firestone ve ark., 2003).

2.3.2. Öfke İfade Tarzları

İnsanları diğer canlılardan ayıran özelliklerden en önemlisi duygularını, davranışlarını ve düşüncelerini kullanabilme ve kontrolünü sağlayabilmedir. Her insan benzer duyguları yaşamakta ve bu duyguları farklı bi şekilde yansıtmaktadır. İnsanlar, duygularını ve düşüncelerini yer, zaman ve yaşanan olaylara göre kontrol edebilmeyi, hem kendi içsel huzuru için hem de çevresindekilerle sağlıklı ilişkiler kurabilmek için önemli bulmaktadır (Duran & Eldeleklioğlu, 2005).

Her insanın öfke ifade etme tarzı o kişinin çeşitli özellikleri ve öğrenme tarzları doğrultusunda değişik türlerde olabilmektedir. Öfke ifade etme tarzları genel olarak içe dönük öfke , dışa dönük öfke ve kontrol edilebilen öfke olarak üç gruba ayrılmaktadır. Süresine göre sürekli ve durumsal öfke olarak ikiye ayrılmaktadır (Spielberger ve ark., 1983).

Sürekli öfke; kişinin öfke seviyesinin yüksek ve sürekli olması durumudur. Kişinin öfke düzeyi yüksek ve sürekli ise engellenme veya kısıtlanma durumunda aniden daha çok dışa yansıtılabilir. Öfke seviyesi yüksek ve sürekli olan kişiler öfke kontrolünde sorun yaşamaktadır ve öfkenin olumlu dışa vurma yöntemlerinin olduğunu kabul etmekte zorlanırlar (Kaymak, 2004).

Durumsal öfke; kişinin amacına doğru hareket ederken engellenmesi, kısıtlanmaya maruz kalması ya da adaletsizlik karşısında ortaya çıkan gerginlik, kızgınlık, sinirlilik ve şiddet gibi kişisel bir duygunun yaşanmasıdır (Tatlıoğlu & Karaca, 2013).

Öfke içte veya içe dönük öfke, bireyin düşünce ve duyguyu bastırma eğilimini gösterir. Öfke dışta veya dışa dönük öfke, bireyin çevresindeki insanlara ya da objelere karşı saldırma davranışları gösterme eğilimini yansıtır. Kontrol edilen öfke ise, bireyin öfke ifade etmeyi kontrollü bir şekilde başarabilme becerisini yansıtır (Spielberger ve ark., 1983).

2.3.3. Öfke İfade Tarzı ve Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağındaki yaşantılar, bireyin gelecek dönemlerde davranışlarını, kişiliğini ve ilişki kurma şekillerini direkt etkilemektedir (Köroğlu & Türkçapar, 2009).

Aile içi ilişkilerin yapısına göre, kişilerin öfke düzeyinin ve öfke ifade tarzının değiştiğini belirten çalışmalar vardır (Novaco & Taylor, 2008).

Çocukluk çağında maruz kalınan duygusal istismar; kendini olumsuz algılama, gerginlik, huzursuzluk, kaygı, değersizlik duygusunu arttırma, aileye karşı uzaklaşma, çevresindekilere karşı aşırı öfke, bağımlı kişilik belirtileri, saldırganlık içeren hareketler, uyum problemleri ve içe kapanma gibi sorunlara yol açabilmektedir (Kulaksızoğlu, 2004).

Spertus ve arkadaşlarının (2003) duygusal örselenmenin etkisini araştırmak için yaptıkları çalışmada; bireyde duygusal problemlere, aşırı öfkeye, konsantrasyon ve adaptasyon sorunlarına neden olmasının yanı sıra anksiyete ve duygudurum bozukluklarına da neden olabileceğini ortaya koymuştur.

ABD’ de 194 ergen ile yapılan bir araştırmada, çocukluğunda duygusal istismar yaşayan ergenlerin sağlıklı kontrol grubuna oranla daha fazla anksiyete bozukluğu belirtileri gösterdikleri ortaya konmuştur (McCullough ve ark., 2010). Kanada’da yapılan başka bir çalışmanın sonuçlarına göre duygusal istismarın psikolojik sorunlara yol açtığı açıkça ortaya koyulmuştur (Weis ve ark., 2011).

Meksika’ da 204 öğrencinin katıldığı bir çalışmada, öfkeyi kontrol, öfkeyi ifade etme ve yansıtma tarzı ile anne-baba çatışmasına ve şiddete maruz kalma arasında ilişki olduğu görülmüştür. Buna ek olarak, ailesi tarafından fiziksel şiddete maruz kalan çocukların, şiddeti bir öfke yansıtma biçimi olarak kullanmayı öğrenebileceği ve çevresindeki insanlara uygulayabileceği riskini taşımaktadırlar (Clarey ve ark., 2010). Lise öğrencileriyle yapılan başka bir araştırmada ise aile içi otoriter tutum ve denetleme davranışı arttıkça, dışa dönük öfkenin arttığı saptanmıştır (Kırmızı, 2008).

Seifert ve arkadaşlarının (2011) Amerikan askerleriyle yaptığı bir çalışmada erkeklerde çocukluk çağında fiziksel istismara maruz kalma oranı kadınlara oranla daha fazla olduğu bulgulanmıştır. Buna ek olarak kadınlarda çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma oranı erkeklere göre daha fazladır. Aynı çalışmada, çocukluğunda fiziksel ve/veya cinsel istismara maruz kalan askerlerde depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı görülme riskinin fazla olduğu görülmüştür.

Ailesi tarafından istenmeyen çocukların öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Yavuzer, 2004). Gereken sevgiyi, şefkati ve ilgiyi göremeyen çocuklarda olumsuz duygular artar ve gelecek dönemlerde zayıf olana karşı üstünlük kurma, zayıf olanı ezme, saldırganlık davranışları gelişebilir (Yavuzer, 2004).

Literatürde yapılan çalışmalara baktığımızda çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların, aile içindeki ilişkilerin ve iletişim problemlerinin ilerleyen dönemlerde öfke ve öfke yansıtma şekillerinde bir rolü olduğu düşünülmektedir.

2.3.4. Öfke İfade Tarzı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKB'nin DSM-IV-TR 'de bir kaygı bozukluğu olarak yer alması nedeniyle en sık vurgu yapılan duygu kaygıdır ancak kaygının dışında öfke, tikslenme, korku, suçluluk ve utanç ile ilgili duygularında önemi oldukça fazladır (McCubbin & Sampson, 2006).

OKB belirtileri ve belirti şiddeti ile öfke arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir. OKB'de görülen duygular birlikte incelendiğinde öfkenin hastalığın belirtilerini en güçlü yordayan duygu olarak belirtilmiştir. Hatta analitik bakış açısına göre OKB ve belirtilerinin öfkenin perdeleyicisi olduğu ileri sürülmektedir (McCubbin & Sampson, 2006). Rachman (1993), OKB hastalarının abartılmış sorumluluk duygusunun, çevresel faktörler yerine içsel faktörlerden kaynaklı olduğunu kendilerini suçlama eğiliminde olduklarını bu nedenle öfke ile baş etmede zorluk yaşadıklarını belirtmiştir. Öfkenin OKB'de kompulsif olarak kontrol etme belirtilerinin önemi diğer kompulsif belirtilerden daha fazla dikkat çekmektedir (Whiteside & Abramowitz, 2004).

Whiteside ve Abramowitz (2004) 'in klinik olmayan üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, obsesif kompulsif belirtilere sahip olanların daha fazla öfke yaşadığını, öfkeyi daha fazla bastırma eğiliminde olduğunu ve öfkeyi kontrol etmede daha fazla zorluk yaşadıklarını bildirmiştir. OKB tanısı almış kişilerde öfkenin bastırılması, kötü düşüncelerinin ahlaki değerlere aykırı olarak düşünmesi ya da zarar verme riskini artırdığına inanma eğilimi ile ilişkilendirilmiştir (Whiteside & Abramowitz, 2005).

Yine Whiteside ve Abramowitz (2005) 'in bu defa klinik örnekleme yaptığı çalışmada, OKB hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek öfke düzeyi ve genel OKB semptomlarının şiddeti ile öfkeyi ifade tarzı arasında doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir. Bu çalışmada OKB'nin sıralama/düzenleme belirtileri öfke ile en ilişkili boyut olarak bulunmuştur bunun yanı sıra yıkama belirtileri de ilişkili olarak bulunmuştur.

Kompulsif kontrol belirtileri olan OKB hastalarında sürekli öfke, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkili olduğu saptanmıştır ve dolayısıyla batırılmış öfkenin OKB ile ilişkili olduğu özellikle OKB'nin kontrol etme semptomları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Radomsky ve ark., 2007). Bununla ilgili yapılan bir çalışmada, OKB belirtileri ile öfke ruminasyonu arasındaki ilişkinin sürekli öfke kontrol altına alındığında kaybolduğu belirtilmiştir (Jessup ve ark., 2018).

OKB ile ilgili yapılan düşünce eylem kaynaşması üzerine yapılan araştırmalara göre düşünce eylem kaynaşması puanlarının daha yüksek düzeyde öfkenin içsel olarak sunulması ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Shafran ve ark., 1996). Bu nedenle, öfkenin dışsal sunulması ile OKB arasında ilişki bulunamamasındaki sebebin öfkenin kontrol edilmeye çalışılmasının etkisi olduğu belirtilmiştir.

Yine bununla ilgili olarak yapılan bir çalışmada, sadece OKB belirtilerinde değil tüm kaygı ile ilgili belirtilerde öfkenin içsel sunulması kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde görülürken; öfkenin dışsal olarak sunulmasının kontrol grubundan farklı olmadığı bildirilmiştir (Moscovitch ve ark., 2008).

Öfke duygusu ve öfke ifade tarzı ile ilgili yapılan çalışmaların ve değerlendirmelerin OKB'nin ortaya çıkması ve gelişimi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu bölümde, araştırmanın modeli, grupların seçimi ve oluşturulması, veri toplama için kullanılan anketler, anketlerin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, verilerin analizi için kullanılan istatistiksel teknikler anlatılmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma bir olgu kontrol (case-control) çalışmasıdır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerdeki çocukluk çağı travmaları ve öfke ifade tarzı ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmayan bireylerdeki çocukluk çağı travmaları ve öfke ifade tarzının karşılaştırılıp incelenmesi amaçlanmıştır. Mevcut değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişki ve birbirlerini nasıl etkiledikleri incelenmiştir.

3.2. Grupların Seçimi ve Oluşturulması

Bu araştırma T.C. Üsküdar Üniversitesi NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Feneryolu Polikliniği'ne başvuran, YBOCS uygulaması ile çıkan sonuçlara göre OKB tanısı almış 18 kadın 18 erkek olmak üzere 36 gönüllü katılımcı yer almıştır. Çalışmanın yürütülmesi için T.C. Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik (Klinik ve İnsan Üzerinde Yapılan) Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan yazılı onay alınmıştır. Kontrol grubu için sosyodemografik özellikleri bakımından denk olan 50 gönüllü katılımcı seçilmiş ancak deney grubu ile sayı bakımından eşitlik sağlanabilmesi için daha önce herhangi bir psikiyatrik tanısı olmaması ve psikiyatrik ilaç kullanmaması kriterlerine göre elenerek 18 kadın 18 erkek olmak üzere 36 kişiye indirgenmiştir. Çalışmaya katılan gönüllüler, çalışmaya dair sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile yazılı onayları alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2.1. İçerme Ölçütleri

Hasta Grubu İçin İçerme Ölçütleri:

- DSM-IV-TR ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı almış olmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılımı sözlü ve yazılı olarak kabul etmek
- Çalışmada kullanılacak ölçekler ve yapılacak değerlendirme konusunda istekli olmak
- 18-65 yaş aralığında olmak
- En az ilkokul mezunu olmak

Kontrol Grubu İçin İçerme Ölçütleri:

- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı sözlü ve yazılı olarak kabul etmek,
- Çalışmada kullanılacak ölçekler ve yapılacak değerlendirme konusunda istekli olmak
- 18-65 yaş aralığında olmak
- En az ilkokul mezunu olmak

3.2.2. Dışlama Ölçütleri

Hasta Grubu İçin Dışlama Ölçütleri:

- DSM-IV-TR ve DSM-V tanı ölçütlerine göre herhangi bir Eksen-1 eş tanısının olması
- Ciddi bir bedensel ya da nörolojik hastalığının olması
- Zeka Geriliğine sahip olması

- Alkol ve madde bağımlılığı kötüye kullanımı tanısı almış olması
- Okuma yazma bilmiyor olması
- 18-65 yaş aralığı dışında olması

Kontrol Grubu İçin Dışlama Ölçütleri:

- DSM-IV-TR ve DSM-V tanı ölçütlerine göre bir Eksen-1 tanısının olması
- Şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanması
- Ciddi bir fiziksel ya da nörolojik hastalığının olması
- Zeka Geriliği tanısının olması
- Alkol ya madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı tanısı almış olması
- Okuma yazma bilmiyor olması
- 18-65 yaş aralığı dışında olması

3.3. Veri Toplama Gereçleri

Verilerin Şubat 2020'den Mayıs 2020' ye kadar olmak üzere 3 ayda toplandığı bu olgu kontrol çalışmasında, dahil olma ölçütlerine uyan gönüllü örneklem grubuna, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF), Sosyodemografik Veri Formu, Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Tarama Listesi (Y-BOCS), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) verilmiştir.

3.3.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

Ölçüm araçları uygulanmaya başlanmadan önce katılımcılara araştırmanın konusu ve amacı, yapılacak işlemler, çalışmaya katılmanın olası faydaları, kişisel bilgilerin nasıl kullanılacağı ve araştırmacının temel bilgilerinin bulunduğu bir onam formu verilmiştir. Katılımcıların sözlü onayı ve imzaları alındıktan sonra diğer ölçüm araçları uygulanmıştır.

3.3.2. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, gelir düzeyi, ebeveyn birlikteliği, kardeş sayıları, psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik ilaç kullanım geçmişleri ile ilgili bilgilerin elde edilmesine yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan bir formdur.

3.3.3. Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Tarama Listesi (YBOCS)

Obsesif kompulsif semptomların içerik ve şiddetini ölçmek maksadıyla Goodman ve ark., (1989) tarafından geliştirilmiştir. Obsesyon ve kompulsiyon şiddetini ölçmek için toplam iki alt ölçeği bulunmaktadır. Toplamda 19 maddeden oluşur ancak ilk 10 madde toplam puanı saptamak için kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır ve toplam puan 0-40 puan arasında değişmektedir. İlk beş madde obsesyonların, 6-10 aralığındaki maddeler ise kompulsiyonların puanlarını verir. 11. Madde bireyin hastalık hakkında iç görüşünü, 12. Madde kaçınma davranışlarını, 13. Madde bireylerdeki kararsızlık düzeyini, 14. Madde patolojik sorumluluk düzeyini, 15. Madde bireyin hareketlerindeki yavaşlama seviyesini, 16. Madde patolojik kuşkuyu, 17. Madde hastalığın şiddetini 18. Madde hastalığın düzelme seviyesini son olarak 19. Madde ise bilgilerin güvenilirliğini değerlendirir. Her soruya verilen yanıtların puanı 0-4 arasında değişmektedir. Ölçek uygulanması görüşmeci tarafından yapılır. Ayrıca ölçeğin belirti tiplerinin dağılımını incelemeye yönelik Semptom Tarama Listesi bulunmaktadır. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır. Yaptıkları çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.82, madde-toplam puan bağıntı katsayıları 0.37 ile 0.69 arasında bulunmuştur. Değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0.96, obsesyon ölçeği için 0.94, kompulsiyon ölçeği için 0.97 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ)

Bu ölçek, 20 yaş öncesi ihmal ve istismar yaşantılarının geriye dönük olarak anlamaya ve yorumlamaya faydası olan, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirim dayalı ve doldurulması kolay nicel bir ölçektir (Bernstein ve ark., 1994). Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından oluşturulan ölçek ilk halinde 70 madde bulunurken 1995 yılında 54 maddeye düşürülmüş ve son olarak 1998'de 28 maddelik kısa form haline getirilmiştir. 1996 yılında Türkçe'ye uyarlanmış ve Şar ve arkadaşları (2012) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Çocukluktaki duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismarı ölçen beş alt ölçeği bulunmaktadır. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, travmanın minimizasyonunu ölçen 3 tane soru bulunmaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla eklenmiştir. Minimizasyon puanı hesaplamasında bu üç maddeden alınan yalnızca en yüksek puan olan 5 puan değerlendirmeye katılarak 1 puan olarak alınır böylelikle 0-3 puan arasında değişen bir minimizasyon puanı elde edilir. 5’li likert tipi olan ölçeğin cevapları; (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) kimi zaman, (4) sık olarak, (5) çok sık olmak üzere sunulmuştur. Ölçek, her bir travmatik yaşantı alt ölçeklerinin puanını ve toplam puanın hesaplanmasına olanak sağlar. Her bir madde 1-5 puan olarak değerlendirilir ve toplam puan beş alt ölçeğin puanının hesaplanması ile bulunur. Ölçeğin puanlaması yapılırken öncelikle olumlu ifadeler olan 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28 maddelerinden elde edilen puanlar ters çevrilir. (Örneğin; 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana çevrilir) Duygusal istismar alt ölçeği 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar alt ölçeği 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal alt ölçeği 1, 2, 6, 2, 26 numaralı maddelerle, duygusal ihmal alt ölçeği 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle, cinsel istismar alt ölçeği 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerin ölçümü ile toplam puan hesaplanır. 10, 16, 22 numaralı maddelerle travmanın inkar ölçümü olarak değerlendirilir ve toplam puana etki etmez. Her bir alt ölçeğin toplam puanı 5-25 arasında değişirken, toplam puan 25-125 arasında bulunmaktadır.

CTQ’nun Türkçe versiyonunun özgün versiyonu ile arasında tutarlılık sağlanmıştır bu da ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık ve test-tekrar-test güvenilirlik uyum düzeyi yüksektir. Açık uçlu sorularla belirlenen çocukluk çağı travmaları ile CTQ uygulaması sonucu elde edilen puanlar arasında derecelendirilmiş bir ilişki bulunmaktadır. Klinik değişkenlerle CTQ puanı arasında da anlamlı koşutluklar bulunmaktadır. Şar ve arkadaşları (2012) tarafından uyarlanmış olan 28 maddelik kısa form, iletişime geçilerek izin alınmış ve paylaşılmış olduğu ölçek değerlendirme ve puanlama bilgileri kullanılmıştır.

3.3.5. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)

Spielberger (1988) tarafından geliştirilen öfke duygusunun düzeyini ve öfke ifade tarzını ölçmek amacıyla kullanılan orijinal ismi Trait Anger and Anger Expression Scales olan ölçek 34 maddeye sahiptir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması olan Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) Özer (1994) tarafından uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ olmak üzere iki temel ölçekten oluşmaktadır. 34 maddeden oluşan ölçeğe ait ilk 10 madde bireylerin genelde ne hissettiği ve ne derece öfkeli olduğunu yansıtan “sürekli öfke”yi, sonraki 24 madde orijinaline bağlı kalarak rastgele dağıtılan öfkenin ne şekilde ifade edildiğini yansıtan soruları içermektedir. Öfke ifade tarzı alt ölçeği kendi içinde üç alt boyuta ayrılmaktadır. Öfke dışı alt ölçeğinde öfkenin kolayca ifade edilebildiğini, öfke içte alt ölçeğinde öfkenin bastırılarak içte tutulduğunu ve öfke kontrol alt ölçeğinde öfkenin kontrol edilebildiğini belirtir. Öfkeyi dışı vurma 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 33 numaralı maddeler, öfkeyi içte tutma 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27, 31 numaralı maddeler ve öfkeyi kontrol etme 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30, 34 numaralı maddelerden oluşmaktadır. Puanlamada 4’lü likert kullanılmıştır ve cevaplar; (1) hiç, (2) biraz, (3) oldukça ve (4) tümüyle şeklindedir. Tersten puanlanan herhangi bir madde bulunmamaktadır. Öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol ölçeklerinden alınabilecek puan 8-32 arasında değişirken; sürekli öfke alt ölçeğinden 10-40 arasında puan alınabilmektedir. Ölçeğin genel toplam puanı bulunmamaktadır. Dört alt ölçeğin, her bir ölçeğe ait maddeler ölçeğin toplam puanını belirtmektedir.

Sürekli Öfke Ölçeği’nin alfa değerleri 0,62 – 0,92 arasında, öfke kontrol 0,80 - 0,90 arasında, öfke dışı 0,69 - 0,91 arasında ve öfke içte 0,58 - 0,76 arasında bulunmuştur (Özer, 1994). Yapılan çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı da 0,81 olarak bulunmuştur. Özer (1994) tarafından uyarlanan ölçek için kendisi ile iletişime geçilerek izin alınmış ve paylaşmış olduğu ölçek değerlendirme ve puanlama bilgileri kullanılmıştır.

3.4. İstatiksel Değerlendirme

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 24.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik değişkenlerinin dağılımlarının belirlenmesi amacıyla betimsel istatistikler kullanılmıştır. Verilerin normallik testi ile

normal dağılıma uyup uymadığı belirlenmiş ve verilerin shapiro wilk ya da kolmogorov smirnov değerlerine bakıldığında normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda tüm testler nonparametrik testlerden seçilmiştir. Kullanılan testler; Wilcoxon Test, Mann Whitney U Test ve Kruskall Wallis Test olmaktadır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin birbirleri ile olan ilişkilerine yönelik Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. Son olarak ise sosyodemografik değişkenler ile ölçeklerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Test ile Kruskall Wallis Test'i uygulanarak anlamlılıklar değerlendirilmiştir. Tüm değerlendirmelerde istatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Tablo 1 ve Tablo 2' de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir. Kişi sayıları ve bu değerlerin yüzdelikleri sunulmuştur.

4.1.1. Deney Grubuna Ait Sosyodemografik Özellikler

Tablo 1: Deney grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler

Demografik değişkenler (Deney grubu)	N	%
Cinsiyet		
Kadın	18	50,0
Erkek	18	50,0
Toplam	36	100,0
Yaş(Min:18 Max:47$\bar{x}$: 28,36 Std. Sapma:7,96)		
18-25	19	50,0
26-35	11	30,6
36 ve üzeri	7	19,4
Toplam	36	100,0
Eğitim Durumu		
Lise	7	19,4
Ön Lisans	4	11,1
Lisans	20	55,6
Yüksek Lisans	5	13,9
Toplam	36	100,0
Medeni Durum		
Evli	7	19,4
Bekar	29	80,6
Toplam	36	100,0
Ebeveyn Birlikteliği		
Birlikte	33	91,7
Boşanmış	3	8,3
Toplam	36	100,0
Kardeş Sayısı		
1	15	41,7
2	10	27,8
3	7	19,4
4 ve üstü	4	11,1
Toplam	36	100,0
Gelir Düzeyi		
1000-2000	3	8,3
2000-5000	14	38,9
5000-10000	12	33,3
10000 ve Üzeri	7	19,4
Toplam	36	100,0

Tablo 1’de deney grubuna ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görölmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %50,0’ının (n=18) kadın olduğu ve %50,0’ının (n=18) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Deney grubunun yaşı ortalamalarına ait veriler incelendiğinde, 36 katılımcının genel yaşı ortalaması 28.36’dır (SS=7,96). Minimum yaşı 18, maximum yaşı ise 47’dir. Deney grubunun yaşı durumları incelendiğinde, %50’sinin (n=18) 18-25 yaşları arasında olduğu, %30,6’sının 26-35 (n=11) yaşları arasında olduğu, %19,4’ünün 36 ve üzeri (n=7) yaşları arasında olduğu saptanmıştır.

Deney grubunun eğitim durumları incelendiğinde %19,4’ünün (n=7) lise mezunu olduğu, %11,1’inin (n=4) ön lisans mezunu olduğu, %55,6’sının (n=20) lisans mezunu olduğu, %13,9’unun (n=5) yüksek lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubunun medeni durumları incelendiğinde %19,4’ünün (n=7) evli olduğu, %80,6’sının (n=29) bekar olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubunun ebeveyn birlikteliği incelendiğinde %91,7’sinin (n=33) birlikte olduğu, %8,3’ünün (n=3) boşanmış/ayrı olduğu saptanmıştır.

Deney grubunun kardeş sayısı incelendiğinde %41,7’sinin (n=15) 1 kardeşı olduğu, %27,8’inin (n=10) 2 kardeşe sahip olduğu, %19,4’ünün (n=7) 3 kardeşe sahip olduğu, %11,1’inin (n=4) 4 kardeşe sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde %8,3’ünün (n=3) 1000-2000 arasında gelir düzeyine sahip olduğu, %38,9’unun (n=14) 2000-5000 arasında gelire sahip olduğu, %33,3’ünün (n=12) 5000-10000 arasında gelire sahip olduğu, %19,4’ünün (n=7) 10000 ve üstü gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

4.1.2. Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Özellikler

Tablo 2: Kontrol grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler

Demografik değişkenler (Kontrol grubu)	N	%
Cinsiyet		
Kadın	18	50,0
Erkek	18	50,0
Toplam	36	100,0
Yaş(Min:20 Max:30$\bar{x}$: 25,27 Std. Sapma:2,37)		
18-25	15	41,7
26-35	21	58,3
Toplam	36	100,0
Eğitim Durumu		
Lise	4	11,1
Lisans	22	61,1
Yüksek Lisans	10	27,8
Toplam	36	100,0
Medeni Durum		
Evli	3	8,3
Bekar	33	91,7
Toplam	36	100,0
Ebeveyn Birlikteliği		
Birlikte	33	91,7
Boşanmış	3	8,3
Toplam	36	100,0
Kardeş Sayısı		
1	7	19,4
2	22	61,1
3	4	11,1
4 ve üstü	3	8,3
Toplam	36	100,0
Gelir Düzeyi		
2000-5000	19	52,8
5000-10000	5	13,9
10000 ve Üzeri	12	33,0
Toplam	36	100,0

Tablo 2’de kontrol grubuna ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %50,0’ının (n=18) kadın olduğu ve %50,0’ının (n=18) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun yaş ortalamalarına ait veriler incelendiğinde, 36 katılımcının genel yaş ortalaması 25,27'dir (SS=2,37). Minimum yaş 20, maksimum yaş ise 30'dur. Kontrol grubunun yaş durumları incelendiğinde, %41,7'sinin (n=15) 18-25 yaşları arasında olduğu, %58,3'ünün 26-35 (n=21) yaşları arasında olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun eğitim durumları incelendiğinde %11,1'inin (n=4) lise mezunu olduğu, %61,1'inin (n=22) lisans mezunu olduğu, %27,8'inin (n=10) yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun medeni durumları incelendiğinde %8,3'ünün (n=3) evli olduğu, %91,7'sinin (n=33) bekar olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubunun ebeveyn birlikteliği incelendiğinde %91,7'sinin (n=33) birlikte olduğu, %8,3'ünün (n=3) boşanmış olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunun kardeş sayısı incelendiğinde %19,4'ünün (n=7) 1 kardeşi olduğu, %51,1'inin (n=22) 2 kardeşe sahip olduğu, %11,1'inin (n=4) 3 kardeşe sahip olduğu, %8,3'ünün (n=3) 4 ve üstü kardeşe sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde %52,8'inin (n=19) 2000-5000 arasında gelire sahip olduğu, %13,9'unun (n=5) 5000-10000 arasında gelire sahip olduğu, %33,3'ünün (n=12) 10000 ve üstü gelire sahip olduğu saptanmıştır.

4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Araştırma Ölçekleri Açısından Karşılaştırılması

Bu bölümde araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanların ortalaması, standart sapması, minimum ve maksimum değerleri gibi betimleyici istatistikler incelenmiştir.

Tablo 3: Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (N=36)

	Min.	Max	Ort.	Std. sapma
DNY CTQ Duygusal İstismar	5,00	21,00	9,25	3,85
DNY CTQ Fiziksel İstismar	5,00	21,00	6,75	3,92
DNY CTQ Fiziksel İhmal	5,00	13,00	6,66	1,89
DNY CTQ Duygusal İhmal	5,00	23,00	11,00	4,42
DNY CTQ Cinsel İstismar	5,00	18,00	6,69	3,56
DNY CTQ Minimizasyon	0,00	2,00	0,41	0,69
DNY SÖÖTÖ Sürekli Öfke	10,00	39,00	25,16	6,89
DNY SÖÖTÖ Bastırılmış Öfke	11,00	31,00	21,00	5,09
DNY SÖÖTÖ Dışa vurulmuş Öfke	9,00	32,00	18,13	4,93
DNY SÖÖTÖ Öfke Kontrol	13,00	31,00	22,72	4,33
DNY OKB Puanı	9,00	40,00	25,55	6,29
KNT CTQ Duygusal İstismar	5,00	8,00	5,69	0,98
KNT CTQ Fiziksel İstismar	5,00	6,00	5,02	0,16
KNT CTQ Fiziksel İhmal	5,00	8,00	5,33	0,71
KNT CTQ Duygusal İhmal	5,00	12,00	7,05	2,13
KNT CTQ Cinsel İstismar	5,00	7,00	5,05	0,33
KNT CTQ Minimizasyon	,00	3,00	1,36	1,19
KNT SÖÖTÖ Sürekli Öfke	13,00	37,00	23,36	6,35
KNT SÖÖTÖ Bastırılmış Öfke	8,00	26,00	16,75	5,08
KNT SÖÖTÖ Dışa vurulmuş Öfke	8,00	27,00	16,63	3,99
KNT SÖÖTÖ Öfke Kontrol	15,00	32,00	23,97	4,72

Tablo 3'te Deney ve Kontrol gruplarının CTQ ölçeği ve Alt boyutları ile SÖÖTÖ ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları min, max, ort. ve Std.sapma değerleri yer almaktadır.

Tablo 4: Kontrol ve Deney Gruplarının CTQ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Örneklemin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) ‘ne verdikleri yanıtlara göre CTQ alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Ölçekler	Ort.	SS	N	Z	P
KNT duygusal istismar	5,69	0,98	36	-4.784	<0.001
DNY duygusal istismar	9,25	3,85	36		
KNT Fiziksel istismar	5,02	0,16	36	-2.969	0.003
DNY Fiziksel istismar	6,75	3,92	36		
KNT Fiziksel ihmal	5,33	0,71	36	-3.558	<0.001
DNY Fiziksel ihmal	6,66	1,89	36		
KNT Duygusal ihmal	7,05	2,13	36	-4.281	<0.001
DNY Duygusal ihmal	11,00	4,42	36		
KNT Cinsel istismar	5,05	0,33	36	-2.716	0.007
DNY Cinsel istismar	6,69	3,56	36		
KNT Minimizasyon	1,36	1,19	36	-3.450	0.001
DNY Minimizasyon	0,41	0,69	36		

Wilcoxon testi

Tablo 4’te görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki katılımcıların “duygusal istismar” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Duygusal istismar” puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

“Fiziksel istismar” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel istismar” puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.003$).

“Fiziksel ihmal” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Fiziksel ihmal” puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

“Duygusal ihmal” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Duygusal ihmal” puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.001$).

“Cinsel istismar” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Cinsel istismar” puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.007$).

“Minimizasyon” puanlarının karşılaştırılmasında da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ancak “Minimizasyon” puanı kontrol grubunda deney grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.001$).

Tablo 5: Kontrol ve Deney Gruplarının SÖÖTÖ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Örneklemin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) ‘ne verdikleri yanıtlara göre SÖÖTÖ alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Ölçekler	Ort.	SS	N	Z	p
KNT Sürekli öfke	23,36	6,35	36	-1.172	0.241
DNY Sürekli öfke	25,16	6,89	36		
KNT Bastırılmış öfke	16,75	5,08	36	-3.359	0.001
DNY Bastırılmış öfke	21,00	5,09	36		
KNT Dışa vurulmuş öfke	16,63	3,99	36	-1.103	0.270
DNY Dışa vurulmuş öfke	18,13	4,93	36		
KNT Öfke kontrol	23,97	4,72	36	-1.321	0.187
DNY Öfke kontrol	22,72	4,33	36		

Wilcoxon testi

Tablo 5’te görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki katılımcıların “Sürekli öfke” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.241$).

“Bastırılmış öfke” puanlarının karşılaştırılmasında deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. “Bastırılmış öfke” puanı deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p=0.001$).

“Dışa vurulmuş öfke” puanlarının karşılaştırılmasında da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.270$).

“Öfke kontrol” puanlarının karşılaştırılmasında da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.187$).



4.3. Korelasyon Analizleri

Tablo 6: Kontrol Grubu Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Korelasyon Sonuçları

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-CTQ Duygusal istismar	r	1									
	p										
2-CTQ Fiziksel istismar	r	0,128	1								
	p	0,456									
3-CTQ Fiziksel ihmal	r	0,130	0,280	1							
	p	0,452	0,098								
4-CTQ Duygusal ihmal	r	,347*	0,101	,419*	1						
	p	0,038	0,557	0,011							
5-CTQ Cinsel istismar	r	0,128	-0,029	-0,090	0,194	1					
	p	0,456	0,869	0,603	0,257						
6-CTQ Minimizasyon	r	-,359*	-0,034	-0,247	-,499**	0,228	1				
	p	0,032	0,845	0,146	0,002	0,181					
7-SÖÖTÖ Sürekli öfke	r	,425**	0,286	0,145	0,311	0,237	-0,151	1			
	p	0,010	0,091	0,399	0,065	0,164	0,378				
8-SÖÖTÖ Bastırılmış öfke	r	,354*	0,000	0,201	,353*	0,147	-0,272	,447**	1		
	p	0,034	1,000	0,240	0,035	0,393	0,109	0,006			
9-SÖÖTÖ Dışa vurulmuş öfke	r	0,250	0,090	-0,065	0,064	0,147	-0,132	,778**	,420*	1	
	p	0,142	0,602	0,706	0,712	0,392	0,442	0,000	0,011		
10-SÖÖTÖ Öfke kontrol	r	-0,170	-0,220	-0,031	-0,256	-0,024	0,207	-,526**	-0,325	-,681**	1
	p	0,323	0,197	0,859	0,131	0,887	0,226	0,001	0,053	0,000	

Korelasyon 0.005 düzeyinde anlamlıdır (Spearman Korelasyon Testi);Korelasyon 0.001 düzeyinde anlamlıdır (Spearman Korelasyon Testi)**

Tablo 7: Deney Grubu Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Korelasyon Sonuçları

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1-CTQ Duygusal istismar	r	1,000										
2-CTQ Fiziksel istismar	r	,467**	1,000									
	p	0,004										
3-CTQ Fiziksel ihmal	r	,377*	0,180	1,000								
	p	0,023	0,293									
4-CTQ Duygusal ihmal	r	,541**	0,183	,539**	1,000							
	p	0,001	0,285	0,001								
5-CTQ Cinsel istismar	r	0,199	0,162	0,202	,338*	1,000						
	p	0,244	0,345	0,237	0,044							
6-CTQ Minimizasyon	r	-,428**	-,363*	-,341*	-,345*	-0,307	1,000					
	p	0,009	0,030	0,042	0,039	0,069						
7-SÖÖTÖ Sürekli öfke	r	0,054	0,093	-0,100	-0,102	0,041	0,147	1,000				
	p	0,754	0,590	0,563	0,554	0,811	0,393					
8-SÖÖTÖ Bastırılmış öfke	r	0,204	0,091	-0,014	0,209	0,053	-0,139	,431**	1,000			
	p	0,234	0,596	0,936	0,222	0,759	0,419	0,009				
9-SÖÖTÖ Dışa vurulmuş öfke	r	0,085	0,040	0,098	-0,108	0,065	0,039	,808**	0,315	1,000		
	p	0,621	0,818	0,570	0,532	0,707	0,821	0,000	0,061			
10-SÖÖTÖ Öfke kontrol	r	0,066	-0,069	0,219	0,270	0,177	-0,059	-,525**	-0,275	-,502**	1,000	
	p	0,704	0,688	0,200	0,111	0,302	0,732	0,001	0,104	0,002		
11-OKB	r	-0,038	-,375*	0,100	-0,189	0,125	0,235	-0,036	-0,064	-0,017	-0,014	1,000
	p	0,825	0,024	0,561	0,269	0,467	0,168	0,836	0,710	0,922	0,937	

Korelasyon 0.005 düzeyinde anlamlıdır (Spearman Korelasyon Testi);Korelasyon 0.001 düzeyinde anlamlıdır (Spearman Korelasyon Testi)**

Bu bölümde örnekleme uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiş ve analiz sonuçları tabloda gösterilmiştir (Tablo 6 ve Tablo 7).

Kontrol grubu CTQ ölçeği duygusal istismar puanları ile kontrol grubu SÖÖTÖ ölçeği sürekli öfke puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.425$ $p=0.010$).

Kontrol grubu CTQ ölçeği duygusal istismar puanları ile kontrol grubu SÖÖTÖ ölçeği bastırılmış öfke puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.354$ $p=0.034$).

Kontrol grubu CTQ ölçeği duygusal ihmal puanları ile kontrol grubu SÖÖTÖ ölçeği bastırılmış öfke puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.353$ $p=0.035$).

Deney grubu CTQ ölçeği fiziksel istismar puanları ile deney grubu OKB puanları arasında negatif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.375$ $p=0.024$).

4.4. Deney Grubunun Sosyodemografik Bilgileri ile Ölçekler Arası İlişkilere Ait Bulgular

Bu bölümde deney grubunun ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar ile sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, ebeveyn birlikteliği ve kardeş sayısı) arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan analizlere yer verilmiştir.

4.4.1. Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Tablo 8’de deney grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır.

Tablo 8: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Deney Grubu	Cinsiyet	Ort.	N	Z	P
Duygusal istismar	Kadın	9,77	18	-0.670	0.503
	Erkek	8,72	18		
Fiziksel istismar	Kadın	6,55	18	-0.529	0.597
	Erkek	6,94	18		
Fiziksel ihmal	Kadın	6,72	18	-0.410	0.682
	Erkek	6,61	18		
Duygusal ihmal	Kadın	11,61	18	-0.510	0.610
	Erkek	10,38	18		
Cinsel istismar	Kadın	7,00	18	-0.155	0.877
	Erkek	6,38	18		
Minimizasyon	Kadın	0,44	18	-0,722	0.470
	Erkek	0,38	18		
Sürekli öfke	Kadın	24,61	18	-0.650	0.516
	Erkek	25,72	18		
Bastırılmış öfke	Kadın	20,61	18	-0.619	0.536
	Erkek	21,38	18		
Dışa vurulmuş öfke	Kadın	16,94	18	-2.177	0.029
	Erkek	13,33	18		
Öfke Kontrol	Kadın	22,50	18	-0.079	0.937
	Erkek	22,94	18		
OKB	Kadın	28,11	18	-3.050	0.002
	Erkek	23,00	18		

Mann Whitney U test

Tablo 8’ de yer aldığı gibi, katılımcıların CTQ alt boyut puanları, SÖÖTÖ alt boyut puanları ve OKB puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. CTQ alt boyut puanları ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 8).

SÖÖTÖ alt boyutlarından “Sürekli öfke”, “Bastırılmış öfke” ve “Öfke Kontrol” puanları ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 8).

SÖÖTÖ alt boyutlarından “Dışa vurulmuş öfke” puanları ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Dışa vurulmuş öfke puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2.177$ $p=0.029$)

OKB puanları ile cinsiyet arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. OKB puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-3.050$ $p=0.002$)

4.4.2. Yaş Açısından Karşılaştırılması

Tablo 9’da deney grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır.

Tablo 9: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması

Deney Grubu	Yaş	Ort.	N	KV	P
Duygusal istismar	18-25	9,66	18	1.265	0.531
	26-35	8,00	11		
	35 ve üzeri	10,14	7		
Fiziksel istismar	18-21	7,05	18	1.724	0.422
	22-26	7,27	11		
	27 ve üzeri	5,14	7		
Fiziksel ihmal	18-21	6,77	18	2.490	0.288
	22-26	5,90	11		
	27 ve üzeri	7,57	7		

Tablo 9: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması Devamı

Duygusal ihmal	18-21	11,00	18	1.523	0.467
	22-26	9,63	11		
	27 ve üzeri	13,14	7		
Cinsel istismar	18-21	6,83	18	0.753	0.686
	22-26	6,63	11		
	27 ve üzeri	6,42	7		
Minimizasyon	18-21	0,38	18	0.228	0.892
	22-26	0,45	11		
	27 ve üzeri	0,42	7		
Sürekli öfke	18-21	26,38	18	6.637	0.036
	22-26	27,00	11		
	27 ve üzeri	19,14	7		
Bastırılmış öfke	18-21	22,83	18	5.636	0.060
	22-26	20,36	11		
	27 ve üzeri	17,28	7		
Dışa vurulmuş öfke	18-21	18,33	18	6.425	0.040
	22-26	20,45	11		
	27 ve üzeri	14,00	7		
Öfke Kontrol	18-21	22,77	18	9.072	0.011
	22-26	20,36	11		
	27 ve üzeri	26,28	7		
OKB	18-21	25,66	18	3.188	0.203
	22-26	23,90	11		
	27 ve üzeri	27,85	7		

KV=Kruskall Wallis test

Tablo 9’ da yer aldığı gibi, katılımcıların CTQ alt boyut puanları, SÖÖTÖ alt boyut puanları ve OKB puanları yaş ile karşılaştırılmıştır. CTQ alt boyut puanları ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 9).

Ancak SÖÖTÖ alt boyutlarından “Sürekli öfke”, “Dışa vurulmuş öfke” ve “Öfke kontrol” puanları ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (Sırasıyla $KV=6.637$, $p=0.036$; $KV=6.425$, $p=0.040$; $KV=9.072$, $p=0.011$). “Sürekli öfke”, “Dışa vurulmuş öfke” puanları 22-26 yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. “Öfke kontrol” puanları ise 27 ve üzeri yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

4.4.3. Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Tablo 10’da deney grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) puanları medeni duruma göre karşılaştırılmıştır.

Tablo 10: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Deney Grubu	Medeni Durum	Ort.	N	Z	P
Duygusal istismar	Evli	8,24	7	-0.463	0.643
	Bekar	9,44	29		
Fiziksel istismar	Evli	7,00	7	-0.239	0.811
	Bekar	6,68	29		
Fiziksel ihmal	Evli	6,42	7	-0.249	0.804
	Bekar	6,72	29		
Duygusal ihmal	Evli	10,14	7	-0.544	0.587
	Bekar	11,20	29		
Cinsel istismar	Evli	7,00	7	-0.025	0.980
	Bekar	6,62	29		
Minimizasyon	Evli	0,28	7	-0,838	0.402
	Bekar	0,44	29		
Sürekli öfke	Evli	23,14	7	-1.082	0.279
	Bekar	25,65	29		
Bastırılmış öfke	Evli	17,42	7	-2.124	0.034
	Bekar	21,86	29		
Dışa vurulmuş öfke	Evli	18,14	7	-0.402	0.688
	Bekar	18,13	29		
Öfke Kontrol	Evli	21,85	7	-0.622	0.534
	Bekar	22,93	29		
OKB	Evli	24,28	7	-0.201	0.841
	Bekar	25,86	29		

Mann Whitney U test

Tablo 10’ da yer aldığı gibi, katılımcıların CTQ alt boyut puanları, SÖÖTÖ alt boyut puanları ve OKB puanları medeni duruma göre karşılaştırılmıştır. CTQ alt boyut puanları ve OKB puanları ile medeni durum arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 10).

SÖÖTÖ alt boyutlarından “Sürekli öfke”, “Dışa vurulmuş öfke” ve “Öfke Kontrol” puanları ile medeni durum arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 10).

SÖÖTÖ alt boyutlarından “Bastırılmış öfke” puanları ile medeni durum arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bastırılmış öfke puanları evlilere kıyasla bekarlarda daha yüksek bulunmuştur ($Z=-2.124$ $p=0.034$)

4.4.4. Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 11’de deney grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) puanları eğitim durumuna göre karşılaştırılmıştır.

Tablo 11: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Deney Grubu	Eğitim	Ort.	N	KV	P
Duygusal istismar	Lise	10,14	7	0.121	0.989
	Ön lisans	8,50	4		
	Lisans	9,10	20		
	Yüksek Lisans	9,20	5		
Fiziksel istismar	Lise	5,28	7	2.634	0.452
	Ön lisans	5,25	4		
	Lisans	6,85	20		
	Yüksek Lisans	9,60	5		
Fiziksel ihmal	Lise	7,00	7	0.289	0.962
	Ön lisans	6,50	4		
	Lisans	6,65	20		
	Yüksek Lisans	6,40	5		

Tablo 11: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması Devamı

Duygusal ihmal	Lise	11,71	7	0.298	0.960
	Ön lisans	10,75	4		
	Lisans	10,85	20		
	Yüksek Lisans	10,80	5		
Cinsel istismar	Lise	5,57	7	4.303	0.231
	Ön lisans	5,00	4		
	Lisans	7,15	20		
	Yüksek Lisans	7,80	5		
Minimizasyon	Lise	0,42	7	0.926	0.819
	Ön lisans	0,50	4		
	Lisans	0,45	20		
	Yüksek Lisans	0,20	5		
Sürekli öfke	Lise	19,71	7	6.532	0.088
	Ön lisans	22,75	4		
	Lisans	27,50	20		
	Yüksek Lisans	25,40	5		
Bastırılmış öfke	Lise	21,85	7	3.255	0.354
	Ön lisans	19,00	4		
	Lisans	21,90	20		
	Yüksek Lisans	17,80	5		
Dışa vurulmuş öfke	Lise	13,85	7	7.791	0.049
	Ön lisans	16,75	4		
	Lisans	20,00	20		
	Yüksek Lisans	17,80	5		
Öfke Kontrol	Lise	26,57	7	7.370	0.061
	Ön lisans	22,75	4		
	Lisans	21,15	20		
	Yüksek Lisans	23,60	5		

Tablo 11: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması Devamı

	Lise	25,14	7		
	Ön lisans	24,00	4		
OKB	Lisans	26,75	20	2.067	0.599
	Yüksek Lisans	22,60	5		

KV=Kruskall Wallis test

Tablo 11’ de yer aldığı gibi, katılımcıların CTQ alt boyut puanları, SÖÖTÖ alt boyut puanları ve OKB puanları eğitim durumu ile karşılaştırılmıştır. CTQ alt boyut puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 11).

Ancak SÖÖTÖ alt boyutlarından “Dışa vurulmuş öfke” ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır (KV=7.791, p=0.061). “Dışa vurulmuş öfke” puanları, Lisans mezunu grubunda diğer eğitim gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

4.4.5. Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Tablo 12’de deney grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) puanları gelir düzeyine göre karşılaştırılmıştır.

Tablo 12: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

Deney Grubu	Gelir Düzeyleri	Ort.	N	KV	P
Duygusal istismar	1000-2000	9,66	3	2.960	0.399
	2000-5000	8,92	14		
	5000-10000	8,25	12		
	10.000 ve üzeri	11,42	7		
Fiziksel istismar	1000-2000	10,33	3	6.013	0.111
	2000-5000	5,28	14		
	5000-10000	6,41	12		
	10.000 ve üzeri	8,71	7		
Fiziksel ihmal	1000-2000	7,66	3	7.054	0.070
	2000-5000	5,92	14		
	5000-10000	6,41	12		
	10.000 ve üzeri	8,14	7		
Duygusal ihmal	1000-2000	15,33	3	7.800	0.049
	2000-5000	11,07	14		
	5000-10000	8,83	12		
	10.000 ve üzeri	12,71	7		
Cinsel istismar	1000-2000	10,66	3	4.095	0.251
	2000-5000	6,28	14		
	5000-10000	6,00	12		
	10.000 ve üzeri	7,00	7		

Tablo 12: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması Devamı

Minimizasyon	1000-2000	0,00	3	1.410	0.703
	2000-5000	0,42	14		
	5000-10000	0,50	12		
	10.000 ve üzeri	0,42	7		
Sürekli öfke	1000-2000	26,33	3	0.532	0.912
	2000-5000	24,64	14		
	5000-10000	25,91	12		
	10.000 ve üzeri	24,42	7		
Bastırılmış öfke	1000-2000	26,66	3	5.310	0.150
	2000-5000	21,28	14		
	5000-10000	20,25	12		
	10.000 ve üzeri	19,28	7		
Dışa vurulmuş öfke	1000-2000	20,00	3	2.462	0.492
	2000-5000	17,42	14		
	5000-10000	18,58	12		
	10.000 ve üzeri	18,00	7		
Öfke Kontrol	1000-2000	24,66	3	3.449	0.327
	2000-5000	23,21	14		
	5000-10000	20,91	12		
	10.000 ve üzeri	24,00	7		
OKB	1000-2000	23,00	3	1.961	0.581
	2000-5000	27,21	14		
	5000-10000	25,50	12		
	10.000 ve üzeri	23,42	7		

KV=Kruskal Wallis test

Tablo 12’ de yer aldığı gibi, katılımcıların CTQ alt boyut puanları, SÖÖTÖ alt boyut puanları ve OKB puanları gelir düzeyleri ile karşılaştırılmıştır. CTQ alt boyut puanlarından “Duygusal ihmal” puanları ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=7.800 p=0.049). Duygusal ihmal puanları Gelir düzeyleri 1000-2000 TL arası olan grupta diğer gelir düzeyleri gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

SÖÖTÖ alt boyutları ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 12). OKB puanları ile gelir düzeyleri arasında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 12).

4.4.6. Ebeveyn Birlikteliği Açısından Karşılaştırılması

Tablo 13’de deney grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) puanları ebeveyn birlikteliğine göre karşılaştırılmıştır.

Tablo 13: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Ebeveyn Birlikteliği Açısından Karşılaştırılması

Deney Grubu	Ebeveyn Birlikteliği	Ort.	N	Z	P
Duygusal istismar	Birlikte	9,21	33	-0.260	0.795
	Boşanmış/Ayrı	9,66	3		
Fiziksel istismar	Birlikte	6,90	33	-1.230	0.219
	Boşanmış/Ayrı	5,00	3		
Fiziksel ihmal	Birlikte	6,57	33	-1.395	0.163
	Boşanmış/Ayrı	7,66	3		
Duygusal ihmal	Birlikte	10,87	33	-1.153	0.249
	Boşanmış/Ayrı	12,33	3		
Cinsel istismar	Birlikte	6,72	33	-0.105	0.916
	Boşanmış/Ayrı	6,33	3		
Minimizasyon	Birlikte	0,45	33	-1,165	0.244
	Boşanmış/Ayrı	0,00	3		
Sürekli öfke	Birlikte	25,45	33	-0.775	0.439
	Boşanmış/Ayrı	22,00	3		
Bastırılmış öfke	Birlikte	21,06	33	-0.057	0.954
	Boşanmış/Ayrı	20,33	3		
Dışa vurulmuş öfke	Birlikte	18,30	33	-1.006	0.314
	Boşanmış/Ayrı	16,33	3		

Tablo 13: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Ebeveyn Birlikteliği Açısından Karşılaştırılması Devamı

Öfke Kontrol	Birlikte	22,42	33	-1.608	0.108
	Boşanmış/Ayrı	26,00	3		
OKB	Birlikte	25,69	33	-0.345	0.730
	Boşanmış/Ayrı	24,00	3		

Mann Whitney U test

Tablo 13’ de yer aldığı gibi, katılımcıların CTQ alt boyut puanları, SÖÖTÖ alt boyut puanları ve OKB puanları ebeveyn birlikteliğine göre karşılaştırılmıştır. CTQ alt boyut puanları, SÖÖTÖ alt boyut puanları ve OKB puanları ile ebeveyn birlikteliği arasında istatistikçe anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 13).

4.4.7. Kardeş Sayısı Açısından Karşılaştırılması

Tablo 14’de deney grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) puanları kardeş sayısına göre karşılaştırılmıştır.

Tablo 14: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş Sayıları Açısından Karşılaştırılması

Deney Grubu	Kardeş sayısı	Ort.	N	KV	P
Duygusal istismar	1	8,66	15	4.542	0.209
	2	11,10	10		
	3	7,71	7		
	4	9,50	4		
Fiziksel istismar	1	7,33	15	2.378	0.498
	2	6,70	10		
	3	6,57	7		
	4	5,00	4		
Fiziksel ihmal	1	6,86	15	5.924	0.115
	2	7,50	10		
	3	5,71	7		
	4	5,50	4		

Tablo 14: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş Sayıları Açısından Karşılaştırılması Devamı

Duygusal ihmal	1	10,80	15	2.472	0.480
	2	12,20	10		
	3	9,71	7		
	4	11,00	4		
Cinsel istismar	1	6,46	15	0.841	0.840
	2	6,70	10		
	3	6,42	7		
	4	8,00	4		
Minimizasyon	1	0,53	15	3.461	0.326
	2	0,10	10		
	3	0,42	7		
	4	0,75	4		
Sürekli öfke	1	26,20	15	0.790	0.852
	2	25,50	10		
	3	23,42	7		
	4	23,50	4		
Bastırılmış öfke	1	19,53	15	2.349	0.503
	2	22,50	10		
	3	21,00	7		
	4	22,75	4		
Dışa vurulmuş öfke	1	18,40	15	2.680	0.444
	2	19,20	10		
	3	15,28	7		
	4	19,50	4		
Öfke Kontrol	1	22,66	15	0.136	0.987
	2	22,90	10		
	3	22,42	7		
	4	23,00	4		
OKB	1	26,33	15	3.193	0.363
	2	25,10	10		
	3	22,14	7		
	4	29,75	4		

KV=Kruskall Wallis test

Tablo 14’de yer aldığı gibi, katılımcıların CTQ alt boyut puanları, SÖÖTÖ alt boyut puanları ve OKB puanları kardeş sayıları ile karşılaştırılmıştır. CTQ alt boyut puanları ile Kardeş sayıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 14).

SÖÖTÖ alt boyutları ile kardeş sayıları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 14). OKB puanları ile kardeş sayıları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 14).



5. TARTIŞMA

Obsesif kompulsif bozukluk; obsesyon ve kompulsiyonların varlığı ile karakterize yıpratıcı ruhsal bir bozukluktur (Bayraktar, 1997). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları birçok olumsuz deneyimi kapsayan ve kişinin baş etme sistemlerini işlevsiz hale getiren olaylardır. Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar; ölüm, hastalıklar, doğal afetler gibi insan elinden olmayan durumların dışında istismar ve ihmal yaşantılarını da içerir (Zoroğlu ve ark., 2001). Her insanın öfke ifade etme tarzı o kişinin çeşitli özellikleri ve öğrenme tarzları doğrultusunda değişik türlerde olabilmektedir. Öfke, düşük seviyedeki bir rahatsızlık duygusundan şiddet boyutlarına kadar çıkabilen bilişsel, davranışsal, fiziksel ve duygusal unsurları olan bir duygudur (Bal, 2018). Öfke ifade etme tarzları genel olarak dışa dönük öfke, içe dönük öfke ve kontrol edilen öfke olarak üçe ayrılır. Sürelerine göre; sürekli öfke ile durumsal öfke olarak ikiye ayrılır (Spielberger ve ark., 1983).

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan bireylerin çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerdeki çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bununla birlikte bazı sosyodemografik özelliklerin etkisi olup olmadığını incelenerek dağılımlarının çıkarılması hedeflenmiştir. Bu sosyodemografik özellikler; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, kardeş sayısı, medeni durum ve ebeveyn birlikteliğine dair bulgulardır. Bu kısımda, araştırmanın amacına ulaşabilme doğrultusunda analizlerden sağlanan bulgular literatürle bağlantılı olarak yorumlanmıştır. Bu araştırma ulaşılabildiği kadarıyla ülkemizde obsesif kompulsif bozukluk, çocukluk çağı travmaları ve öfke ifade tarzını birlikte inceleyen ilk çalışma olduğu söylenebilir.

Çalışmanın sosyodemografik verileri incelendiğinde deney grubu ve sağlıklı kontrol grubunun yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi, ebeveyn birlikteliği ve kardeş sayıları açısından anlamlı bir farklılık bulunamaması, seçilen kontrol grubunun deney grubuyla özelliklerinin benzediği ve bu sebeple bilimsel yöntemle uygun seçildiğini göstermektedir.

Katılımcıların sosyodemografik verileri incelendiğinde deney grubunda kadınların yaş ortalaması 29.55, erkeklerin yaş ortalaması 27.16 ve deney grubunun genel

yaş ortalaması 28.36 iken kontrol grubunda kadınların yaş ortalaması 24.83, erkeklerin yaş ortalaması 25.72 ve kontrol grubunun genel ortalaması 25.27 olarak bulunmuştur. İki grupta genç yetişkinlerden oluşmaktadır. Deney ile kontrol grubu arasında yaş ortalaması açısından bakıldığında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

OKB çoğunlukla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlar. OKB'nin ortalama başlama yaşının 20'li yaşlar olarak belirtilmektedir (Karadağ ve ark., 2006). OKB tanısı alan 252 bireyle yapılan bir araştırmada hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 20.3 olduğu görülmüştür (Janowitz ve ark., 2009). Angst ve arkadaşlarının (2004) OKB tanısı almış bireylerle yaptıkları çalışmada ise başlangıç yaş ortalaması 18 olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir araştırmada 2001 yılında 200 OKB tanısı almış bireyler ile yapılan bir çalışmada %90'ında 35 yaşından önce semptomların mevcut olduğu belirtilmiştir (Juang & Liu, 2001). Çalışmadaki OKB tanısı almış bireylerin yaş ortalaması ile literatürdeki araştırmaların örtüştüğü görülmektedir.

OKB'de yapılan cinsiyet bildirimli araştırmalara bakıldığında kadınlar ve erkekler arasındaki fark tarama çalışması ve klinik çalışma örneklemelerinin bulgularına göre değişiklik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada OKB tanısı alan bireyler ve sağlıklı bireyler arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir fark görülmediği belirtilmiştir (Beşiroğlu & Ağargün, 2006). Türkiye'de yapılan bir araştırmada ise OKB tanısı alanların %56.8'inin kadın ve %43.2'sinin erkek olduğu belirtilmiştir (Tükel ve ark., 2004). 220 kişilik OKB hastası ile yapılan bir diğer çalışmada da kadın ve erkeklerde görülme oranı eşit bulunmuştur (Lochner ve ark., 2004). Görüldüğü üzere bazı çalışmalarda kadınlarda daha fazla OKB görüldüğüne dair bulgulara rastlansa da cinsiyet dağılımının eşit bulunduğu çalışmalara göre oldukça düşüktür (Altıntaş & Özçürümez, 2015). Çalışmada katılımcılar cinsiyet açısından karşılaştırıldığında kontrol ve deney grubunda 18 erkek ve 18 kadın olmak üzere grupların birbirine benzemesi için eşit seçilmiştir ve böylelikle cinsiyet açısından anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Literatüre baktığımızda OKB tanısı almış insanların eğitim durumları farklılık göstermektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada OKB tanısı alanların üniversite mezunu olanların oranı %27.4 olarak bulunmuştur (Tükel ve ark., 2004). Lapsekili ve arkadaşlarının (2010) OKB ile ilgili yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %82'sinin ortaöğretim ve üzeri düzeyde bir eğitime sahip oldukları belirtilmiştir. OKB ile ilgili

yapılan başka bir araştırmada ise en yüksek oran olarak %44 üniversite mezunu oldukları bildirilmiştir (Kendurkar ve Kaur, 2008). Çalışmadaki eğitim düzeyine göre bakıldığında, deney grubunda %19,4 lise mezunu, %11,1 ön lisans mezunu, %55,6 lisans mezunu ve %13,9'u yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise %11,1 lise mezunu, %61,1 lisans mezunu ve %27,8'i yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmada katılımcıların genellikle lisans mezunu olduğu görülmektedir. Bunun araştırmanın özel bir klinikte yürütülmüş olması nedeniyle diğer çalışmalara oranla eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte araştırmaların yapıldığı ülke ve şehre göre eğitim düzeyleri farklılık gösterebilir. Örneğin, Manisa'da bir hastanede yapılan araştırmada, kişilerin eğitimsizlik oranı %1,0, ilkokul eğitim düzeyi oranı %22,9, ortaokul eğitim düzeyi oranı %10,4, lise eğitim düzeyi oranı %36,5 ve üniversite eğitim düzeyi oranı %29,2 olduğu saptanmıştır (Demet ve ark., 2005).

OKB ve medeni durum incelendiğinde, hastalığın klinik özelliklerinin uyum problemlerine yol açması nedeniyle OKB tanısı alan bireylerin evlilikten kaçınmaları ya da evliliklerinde sorun yaşamalarına sebep olabilir bu nedenle birçok çalışmada OKB hastalarının medeni durumları ile ilgili farklı bulgular bulunmaktadır (Karno ve ark. 1988). Bununla birlikte örneklemin yaş ortalaması da farklı sonuçların çıkmasına neden olabilir. Araştırmada örneklemin medeni durumuna bakıldığında; deney grubunun %19,4'nün evli olduğu, kontrol grubunun ise %8,3 evli olduğu görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda OKB tanısı alan bireylerde genel popülasyondan bakıldığında evlilik oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Koran, 2000 & Leon, 1995). Türkiye'de 169 OKB tanısı alan bireylerle yapılan bir araştırmada evli olanların oranı %33.1 olarak bildirilmiştir (Tükel ve ark., 2004). 25 farklı kültürde yapılan ve 15 çalışmanın derlendiği bir çalışmada ise OKB tanısı alan bireylerin medeni durumlarının evli olma oranları %69.2 civarını bulabildiği belirtilmiştir (Fontenelle ve ark. 2004). Yapılan çalışmada deney ve kontrol grubunun yaş ortalamasının benzer olması medeni durumlarının da dengeli dağıldığına dair bir varsayım olmuştur ve iki grup arasında medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Örnekleme ebeveyn birlikteliği açısından bakıldığında hem deney grubunda hem kontrol grubunda %91,7 ebeveyn birlikteliği görülürken %8,3'ünde ebeveynlerin ayrı/boşanmış olduğu görülmüştür. Ebeveyn birlikteliğinin OKB'de anlamlılık değerine sahip olmadığı bilinse de ebeveyn kaybı veya ebeveynlerin ayrı olması stres faktörü olarak

OKB'yi tetiklediği düşünülmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi yapılan araştırmalarda uzun süreli stres olayları, travmatik yaşam olayları veya kültürel olaylar OKB'yi tetiklediği bilinmektedir (Bayar & Yavuz, 2008). Sınırlı sayıda örneklemin olmasının ebeveyn birlikteliğine dair minimum seviyede farklılık olmasına etki ettiği düşünülmektedir. Bu nedenle iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

OKB ve ekonomik düzey incelendiğinde, Karamustafalıoğlu ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu bir çalışmada OKB tanısı alanların %86'sında gelir düzeyi alt-orta seviyesinde olarak bildirilmiştir. . Abay ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışmada ise OKB hastalarının %67,5'inin düşük gelir düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir. Yapılan çalışmada katılımcıların gelir durumuna baktığımızda; deney grubunda %8,3'ü 1000-2000TL, %38,9'u 2000-5000TL, %33,3'ü 5000-10000TL ve %19,4'ü 10000TL ve üzeri olarak bildirmiştir. Kontrol grubunda ise %52,8'i 2000-5000TL, %13,9'u 5000-10000TL, %33,3'ü 10000TL üzeri olarak bildirmiştir. Ancak çalışmanın özel bir hastanede yürütülmesi nedeniyle örneklemin gelir düzeyinin genel popülasyona göre daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulmalı ve genel popülasyonda yapılacak araştırmaların daha sağlıklı sonuçlar ortaya koyacağı düşünülmektedir.

Çalışmadaki katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanlarının minimum ve maksimum değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Deney grubunun çocukluk çağı travmaları ölçeğinin alt ölçeği olan duygusal istismar minimum puanı 5, maximum puanı 21; fiziksel istismar minimum puanı 5, maximum puanı 21; fiziksel ihmal minimum puanı 5, maximum puanı 13; duygusal ihmal minimum puanı 5, maksimum puanı 23; cinsel istismar minimum puanı 5, maksimum puanı 18'dir. Kontrol grubunda ise, duygusal istismar minimum puanı 5, maximum puanı 8; fiziksel istismar minimum puanı 5, maximum puanı 6; fiziksel ihmal minimum puanı 5, maximum puanı 8; duygusal ihmal minimum puanı 5, maksimum puanı 12; cinsel istismar minimum puanı 5, maksimum puanı 7'dir. İki grubun çocukluk çağı travmaları ölçeğinin alt ölçeklerine göre minimum ve maksimum puanları kıyaslandığında, deney grubunun kontrol grubuna göre puanları tüm alt ölçeklerinde daha yüksek bulunmuştur. Travmatik yaşantıların sonucu olarak olumsuz intruzif, istenmeyen düşüncelerin obsesyona dönüşmesi, klinik özelliği olan bir obsesyonun daha hafif seviyede zorlayıcı bir düşünceden çoğalabileceği belirten yaklaşıma göre mümkün olduğu belli olmaktadır (Çelikel & Beşiroğlu, 2008).

Deney grubunun sürekli öfke ile öfke ifade tarzı ölçeğinin alt ölçeği olan sürekli öfke minimum puanı 10, maksimum puanı 39; bastırılmış öfke minimum puanı 11, maksimum puanı 31; dışa vurulmuş öfke minimum puanı 9, maksimum puanı 32; öfke kontrol minimum puanı 13, maksimum puanı 31'dir. Kontrol grubunun ise, sürekli öfke minimum puanı 13, maksimum puanı 37; bastırılmış öfke minimum puanı 8, maksimum puanı 26; dışa vurulmuş öfke minimum puanı 8, maksimum puanı 27; öfke kontrol minimum puanı 15, maksimum puanı 32'dir. İki grubunun sürekli öfke ile öfke ifade tarzı ölçeğinin alt ölçeklerine göre minimum ve maksimum puanları kıyaslandığında, kontrol grubunun sürekli öfke minimum puanı deney grubunun minimum puanına göre kıyasla belirgin olmayan bir yükselme görülmektedir. Öfke kontrol minimum ve maksimum puanı kontrol grubunda deney grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. OKB ve öfke arasındaki ilişkiyle ilgili yapılan bir çalışmada, 131 lisans öğrencisinin obsesif kompulsif belirtilere göre iki gruba ayrılmış ve daha fazla obsesif kompulsif semptomları olan öğrencilerin daha fazla öfke yaşadıkları, öfkelerini içe doğru bastırma eğiliminde oldukları ve öfkelerini kontrol etmede daha fazla zorluk yaşadıkları bulunmuştur (Whiteside & Abramowitz. 2004)

CTQ ölçeği 1996 yılında Türkçe'ye uyarlanmış ve Şar ve arkadaşları (2012) tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmıştır. OKB tanısı almış bireylerden oluşan deney grubu ve psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı kontrol grubu çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam ve tüm alt ölçeklerinde deney grubunun kontrol grubunun puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Murphy ve arkadaşlarının (1988) yaptıkları bir çalışmada çocukluklarında cinsel saldırıya maruz kalmış yetişkin kadınlarda, kontrol grubuna nazaran yüksek düzeyde obsesif kompulsif belirtilerin olduğu bulgulanmıştır. Benzer şekilde, Nicolini ve arkadaşlarının (1993) yapmış olduğu çalışmada OKB tanısı almış bireylerde cinsel istismar oranının daha fazla olduğu bulunmuştur. Lisans öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %30'unda çocukluk çağı travmaları bulguları görülmüştür bu travmalar arasında en çok duygusal ihmal yaşantıları bildirilmiştir. Aynı çalışmada, obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile duygusal ve fiziksel kötüye kullanım arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve duygusal ihmalin ilerleyen dönemlerde OKB gelişimi ile ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir. Ek olarak, duygusal ihmal ve cinsel istismarın, obsesif kompulsif kişilik semptomlarından olan kararsızlık ve emin olamama durumuyla ilişkili olduğunu

bildirmişlerdir (Mathews ve ark., 2008). Briggs ve Price (2009) yaptıkları çalışmada da olumsuz çocukluk çağı yaşantıları ile obsesif kompulsif belirtiler arasında kuvvetli ilişkiler olduğunu saptamışlardır. Semiz ve arkadaşlarının (2013) ülkemizde 120 OKB tanısı almış kişiyle yaptıkları çalışmada travma ile obsesif kompulsif belirtiler arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada tedaviye dirençli olan OKB hastalarında travma puanları diğer OKB hastalarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre OKB tanısı almış bireylerde, psikiyatrik tanı almayan kişilere göre daha fazla çocukluk çağı travmatik yaşantılarına maruz kaldıkları saptanmıştır. Bu sonuç çalışmanın ilk hipotezini doğrulamaktadır. Çalışmanın sonuçları literatür tarafından desteklenmektedir.

Trait Anger and Anger Expression Scales (Spielberger, 1988) Türkçe uyarlaması olan Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) Özer (1994) tarafından uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. OKB tanısı almış bireylerden oluşan deney grubu ve psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı kontrol grubu sürekli öfke ile öfke ifade tarzı ölçeği toplam ve alt ölçeklerinden deney grubunun “bastırılmış öfke” puanları kontrol grubunun puanlarına göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Rachman (1993), OKB hastalarının abartılmış sorumluluk duygusunun, çevresel faktörler yerine içsel faktörlerden kaynaklı olduğunu kendilerini suçlama eğiliminde olduklarını bu nedenle öfke ile baş etmede zorluk yaşadıklarını belirtmiştir. OKB tanısı almış hastalar ve obsesif kompulsif belirtilere sahip kişiler ile yapılan çalışmalarda sağlıklı kontrol grubuna kıyasla öfkelerini baskılama veya içselleştirme eğiliminde oldukları belirtilmiştir (Moscovitch et al., 2008; Whiteside & Abramowitz, 2004). Moritz ve arkadaşlarının (2011) OKB hastalarıyla gizli saldırganlığı değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada OKB hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar saptanmıştır. Başka yapılan bir çalışmada da Whiteside ve Abramowitz (2004) ‘in klinik olmayan üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, obsesif kompulsif belirtilere sahip olanların daha fazla öfke yaşadığını, öfkeyi daha fazla bastırma eğiliminde olduğunu ve öfkeyi kontrol etmede daha fazla zorluk yaşadıklarını bildirmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre OKB tanısı konulmuş bireylerde, psikiyatrik tanı almayan kişilere göre daha fazla öfkeyi bastırma eğiliminde oldukları görülmüştür. Bu sonuç çalışmanın ikinci hipotezini doğrulamaktadır. Çalışmanın sonuçları literatür tarafından da desteklenmektedir.

Ebeveynler veya bakım verenler tarafından çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması, ihmal edilmesi sonucu çocukluk ağı ve erişkinlik döneminde psikopatolojilerin görülme riski daha fazladır (Bülbül ve ark., 2013). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre istismara maruz kalan kişilerin daha saldırgan ya da ie dönük bir tavır içinde oldukları (Bostancı ve ark., 2006), duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve duygusal ve fiziksel ihmale maruz kalan öğrencilerde sürekli öfke puanlarının daha yüksek olduğu (Eroğul ve ark., 2013), örseleyici davranışlara maruz kalma arttıkça kişilerin sürekli öfke düzeylerinin arttığı ve öfkelerini daha fazla dışarı yansıttıkları çeşitli çalışmalarda görülmüştür (Altınbaş, 2006).

Çocukluk ağında maruz kalınan duygusal istismar; kendini olumsuz algılama, kaygı, gerginlik, huzursuzluk, değersizlik duygusunu arttırma, aileden giderek uzaklaşma, çevresindekilere karşı aşırı öfke, bağımlı kişilik belirtileri, uyumsuz ve saldırgan hareketler, içe kapanma gibi sorunlara yol açabilmektedir (Kulaksızıoğlu, 2004). Spertus ve arkadaşlarının (2003) duygusal rselenmenin etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmalarda, duygusal rselenmenin kişilerde duygusal problemler, adaptasyon problemleri ve aşırı öfkeye neden olabileceğini ve bununla birlikte depresyon ve anksiyete gibi bozukluklara neden olabileceğini belirtmişlerdir. Duygusal ihmal gereken sevgi, ilgi, alakayı göstermeme, sosyal ve duygusal gelişimini desteklememe şeklinde tanımlanmaktadır (Tıraşcı & Gören, 2007). Bireyin ocukluk çağında ailesinin yakınlığının hissetmemesi, aileden gereken sosyal destek alamadığını dşndrebilir. Birey yeterince sosyal destek alamadığı zaman, sürekli öfke ve dışarıya yönlendirilen öfkenin yükseldiği görülmüştür (Arslan, 2009). Sık sık öfkelenen insanların çocukluk dönemi travmaları toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış ve duygusal, fiziksel ve cinsel istismar artarken sürekli öfke ve öfke dışa vurumunun arttığı görülmüştür. Ek olarak duygusal istismar artarken öfke kontrol skorlarının azaldığı belirtilmiştir (Garcia ve ark., 2002). Yapılan bu çalışmada kontrol grubuna uygulanan CTQ duygusal istismar alt leği puanları ile SÖÖTÖ sürekli öfke alt leği puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Çocukluk döneminde travmatik olaylara maruz kalan kişilerin sürekli öfke ve alt ölçek puanlarının fazla olmasının nedeni maruz kaldıkları öfke ve şiddeti model almaları olabilir.

Çocukluk ağında istismara maruz kalan kişilerde ilerleyen zamanlarda intihar girişimi ve kendine zarar vermenin daha sık ve bir arada görülebilen davranışlar olduğu

belirtilmiştir (Bernstein ve ark., 1994). Bu düşünceyi doğrulayacak şekilde yapılan bir çalışmada, psikiyatri kliniğine başvuran hastalarda, çocukluk çağında istismar ve ihmal olan kişilerde kendine zarar verme eğilimi ve intihara teşebbüs; istismara maruz kalmayanlara göre puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yanık & Özmen, 2002). Çalışmanın bulgularına göre kontrol grubuna uygulanan CTQ duygusal istismar alt ölçeği puanları ve SÖÖTÖ ile bastırılmış öfke alt ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kontrol grubunun CTQ alt ölçeği olan duygusal ihmal puanları ile SÖÖTÖ alt ölçeği olan bastırılmış öfke puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. İntihar girişiminin ve kendine zarar verme davranışlarının bastırılmış öfke veya kişinin öfkeyi kendine yönlendirmesi sonucu ortaya çıktığı düşünülebilir. Bulgular literatürde yer alan çalışmalarla örtüşmektedir.

Grisham ve arkadaşlarının (2011) OKB belirtileriyle ilgili olan risk unsurlarının ileriye yönelik yürütmüş olduğu bir çalışmada fiziksel istismarın, olumsuz duygulanım, içselleştirme sorunları ve zor mizaçla beraber OKB belirtileriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Bu çalışmada çocukluk çağında fiziksel istismar bildiren kişiler ile fiziksel istismar yaşanmışlığı olmayan sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında OKB gelişme riski 7 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak, fiziksel istismarın utanç verici düşünceleri arttırdığı bulgulanmıştır ve OKB’de utanç verici düşüncelerin semptom boyutunun gelişim riski ile ilişkili olduğu görülmüştür. OKB’nin temelinde utanç, güçsüzlük ve yetersizlik duygularının olduğu (Salzman, 1985) bu nedenle OKB gelişiminde fiziksel istismarın yarattığı utanç verici düşüncelerin etkisi olduğu düşünülmektedir ancak çalışmada OKB’de deney grubunun CTQ alt ölçeği olan fiziksel istismar puanları ile Y-BOCS puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu çalışmanın başlangıcında, OKB tanısı almış bireyler deney grubuna seçilmiştir hastalığın şiddeti bir değişken olarak belirlenmemiştir bu nedenle bu konu hakkında çıkarım yapmanın çalışmaya herhangi bir katkısı olacağı düşünülmemektedir.

Deney grubunun CTQ alt boyut puanları ve SÖÖTÖ alt boyutları cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Demirci (2016) yapılan “Çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisinin incelenmesi” çalışmasında da cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Altınbaş ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada erkeklerde öfke içte ve öfke dışta puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu ve daha fazla süreklilik gösterdiği

bulgulanmıştır. Ancak bu çalışmada SÖÖTÖ alt boyutlarından olan “dışa vurulmuş öfke” puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada kadın erkek sayısının eşit olması nedeniyle farklı sonuçlar elde edildiği düşünülmektedir.

Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2007) OKB ile ilgili yapmış oldukları bir araştırmada ise deney ve kontrol gruplarının medeni durumları açısından anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmada da deney grubunun CTQ alt boyut puanları ve SÖÖTÖ alt boyutları medeni duruma göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Literatürde OKB ile ilgili yapılan çalışmalarda genellikle yaş ortalamasının genç erişkinlik dönemi katılımcılarından oluştuğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada hastaların yaş ortalaması kadınlarda 24.5 iken erkeklerde 18.2 olmakla birlikte genel ortalama 22.38 olarak bulunmuştur (Sayar ve ark., 1999). Yapılan bu çalışmada SÖÖTÖ alt boyutlarından “Sürekli öfke”, “Dışa vurulmuş öfke” ve “Öfke kontrol” puanları ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. “Sürekli öfke”, “Dışa vurulmuş öfke” puanları 22-26 yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. “Öfke kontrol” puanları ise 27 ve üzeri yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ancak deney grubunun yaş ortalamasının 28.36 olması bu nedenle yaşlarının birbirine yakın olması bu yaş grubunu ön plana çıkardığı düşünülmektedir.

Literatürde OKB ile ilgili yapılan çalışmalarda eğitim durumları farklılık göstermektedir. Deney grubunun CTQ alt boyut puanları eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Ancak SÖÖTÖ alt boyutlarından olan “Dışa vurulmuş öfke” ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. “Dışa vurulmuş öfke” puanları, Lisans mezunu grubunda diğer eğitim gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ancak deney grubunun %55,6’ sının lisans mezunu olması bu grubun ön plana çıkmasını sağladığı düşünülmektedir.

Deney grubu katılımcıların SÖÖTÖ alt boyut puanları gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Ancak CTQ alt boyut puanlarından “Duygusal ihmal” puanları ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Duygusal ihmal puanları, gelir düzeyleri 1000-2000 TL arası olan grupta diğer gelir düzeyleri gruplarına kıyasla daha yüksek

bulunmuştur. Çocukluk çağında istismara maruz kalanların sosyo-ekonomik açıdan avantajı düşük olan gruplardan çıkma olasılığı daha fazladır. OKB ile ilgili yapılan çalışmalarda da gelir düzeyinin düşük olduğu çalışmalar mevcuttur. Ancak gelir düzeyi ile OKB'nin bağlantılı olabileceğine dair çok az çalışma bulunduğu için bu konu hakkında yorum yapmak mümkün olmamaktadır.

6. SONUÇ

Yapılan bu çalışma obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerdeki çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzlarının karşılaştırılması arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını incelemeyi amaçlamıştır. Bununla birlikte bazı sosyodemografik özelliklerin etkisi olup olmadığını incelenerek dağılımlarının çıkarılması hedeflenmiştir. OKB'de çocukluk çağı travmaları ve öfke ifade tarzı ilgi çeken bir konu olsa da bu üç değişkenin bir arada olduğu çalışma bulunmamaktadır. Ortaya çıkan bulgular doğrultusunda konunun farklı açılardan sınıflanması ve tedavi planını oluştururken kullanılacak yöntem biçimlerini geliştirmek adına literatüre katkı sağlaması amaçlanmaktadır.

Çalışma sonucu elde edilen bulgular:

- 1- OKB tanısı alan bireylerin CTQ alt boyutu olan “duygusal istismar” puanları sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.
- 2- OKB tanısı alan bireylerin CTQ alt boyutu olan “fiziksel istismar” puanları sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.
- 3- OKB tanısı alan bireylerin CTQ alt boyutu olan “fiziksel ihmal” puanları sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.
- 4- OKB tanısı alan bireylerin CTQ alt boyutu olan “duygusal ihmal” puanları sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.
- 5- OKB tanısı alan bireylerin CTQ alt boyutu olan “cinsel istismar” puanları sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

6- CTQ minimizasyon puanlarının sağlıklı kontrol grubunun puanları OKB tanısı alan bireylerin puanlarına kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

7- OKB tanısı alan bireylerin SÖÖTÖ alt boyutu olan “bastırılmış öfke” puanları sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

8- Sağlıklı kontrol grubunun CTQ alt boyutu olan “duygusal istismar” ile SÖÖTÖ alt boyutu olan “sürekli öfke” puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

9- Sağlıklı kontrol grubunun CTQ alt boyutu olan “duygusal istismar” ile SÖÖTÖ alt boyutu olan “bastırılmış öfke” puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

10- Sağlıklı kontrol grubunun CTQ alt boyutu olan “duygusal ihmal” ile SÖÖTÖ alt boyutu olan “bastırılmış öfke” puanları arasında pozitif yönde istatistikçe anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

7. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

1- Bu çalışmada örneklem sayısı sınırlı sayıdadır. Bu nedenle elde edilen bulgular evrene genellenebilecek kadar yeterli değildir. Daha geniş kapsamlı bir çalışma ile elde edilecek bulgular evrene genellenebilir.

2- Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise deney grubundaki OKB tanısı alan bireylerin özel bir psikiyatri kliniğinde tedavi gören hastalardan seçilmesidir. Bulgulara bakıldığında, örneklem eğitimi seviyesi ve gelir düzeyi genel popülasyonun üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durum bulguların sosyodemografik açıdan genellenebilmesi önünde bir sınırlılık oluşturmaktadır. Sonraki çalışmalarda OKB hastalarının farklı özel ve devlet hastanelerinden seçilmesi çeşitlilik ve verimli sonuç anlamında faydalı olacağı düşünülmektedir.

3- Çalışmaya katılan OKB tanısı alan bireylerin hepsinin psikiyatrik bir ilaç kullandığı ve psikoterapi tedavisine devam ettiği bilinmektedir. Bu kişilerin ölçeklere verdiği cevapların kullandıkları ilaçların ve psikoterapinin etkisine göre değişkenlik gösterebileceği ihtimali vardır. Bu nedenle daha sağlıklı sonuçlar alabilmek için bu alanda yapılacak sonraki çalışmalarda OKB tanısı sahip olup psikiyatrik ilaç kullanmayan ve psikoterapi almayan kişiler üzerinde uygulanması sonuçların bilimsel açıdan daha doğru değerlendirmesi açısından fayda sağlayacaktır.

4- Çalışmaya katılan OKB tanısı alan bireylerden hastalığın başlangıç yaşı öğrenilmemesi nedeniyle OKB başlangıç yaşına ait çalışmaların diğer değişkenlerle olan ilişkisi değerlendirilmemiştir. Bundan sonraki OKB ile ilgili yapılacak çalışmalarda hastalığın başlangıç yaşının öğrenilmesi, literatür ve diğer değişkenler ile ilişkisini görmesi açısından yarar sağlayacaktır.

5- Çocukluk çağı travmalarının sorgulanması ve klinik olarak ölçülmesi OKB'nin tanı ve tedavisine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6- Öfke ifade tarzının sebep olacağı uyumsuz tutum ve davranışları göz önünde bulundurarak OKB tanısı alan bireylere öfkeyi doğru şekilde yönlendirmeye ilgili bilgilendirme yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

8- KAYNAKÇA

- Abay, E., Pulular, A., Memi, Ç., Ö. & Süt, N. (2010). Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 230-237.
- Agid, O., Kohn, Y. & Lerer, B. (2000). Environmental stress and psychiatric illness. *Biomedicine Pharmacotherapy*, 54, 135–141.
- Altemus, M., Pigott, T., Kalogeras, K., T., Demitrack, M., Dubbert, B., Murphy, D., L. & Gold, P., W. (1992). Abnormalities in the regulation of vasopressin and corticotropin releasing factor secretion in obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 9-20.
- Altınbaş Kulakçı, H., Korkmaz-Aslan, G., Kuzlu-Ayyıldız, T., Niyazi-Ayoğlu, F. & Veren, F. (2016). Üniversite öğrencilerinin çocukluk döneminde yaşadıkları örseleyici davranışların öfke durumları üzerine etkisi. *TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 15(6), 518-524.
- Altıntaş, E., & Özçürümez, G. (2015). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların cinsiyet farklılığı açısından değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 40(3), 409-417.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Pres. Washington DC, 1994.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2007). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı*, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR) Cilt 2. Köroğlu, E. (Editör), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D., & Rossler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 156-164.

- Aral, G. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151, 36-39.
- Arslan, C. (2009). Anger, self-esteem, and perceived social support in adolescence. *Social behavior and personality*, 37(4), 555-564.
- Aslan, H. & Ünal, M. (1995). *Obsesif Kompulsif Bozukluk*. Köroğlu, E. (Editör). Anksiyete monografileri serisi III. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 101-42.
- Babaoğlu, A., L., Karamustafalıoğlu, K., O. & Alpay, N. (2012). Obsessive-compulsive disorder, overview. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 3(17), 76-80.
- Bal, F. (2018). Travma ve öfke tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 5(26), 2470-2482
- Baumgarten, H., G. & Grozdanovic, Z. (1998). Role of serotonin in obsessive-compulsive disorder. *The British journal of psychiatry*, 35,13-20.
- Bayar, R., & Yavuz, M. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 62, 185-192.
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 25-32.
- Berksun, O., E. (2003). *Anksiyete ve anksiyete bozuklukları*. İstanbul: Turgut Yayıncılık.
- Bernstein, D., P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel K., Sapareto, E. & Ruggiero, J. (1994) Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect. *American Journal Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Beşiroğlu, L. & Ağargün, M., C. (2006). Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: Hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 217-222.
- Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Salam, M., Yılmaz, E., Ağargün, M., Y. & Akın, R. (2007). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilgili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 5-13.

Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ. & Çoban, Ş. (2006). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *New Symposium Journal*, 44(4), 189-195.

Briggs, E., S. & Price, I., R. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive-compulsive symptoms and beliefs: the role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorder*, 23(8), 1037-1046.

Budak, S. (2000). *Psikoloji sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat.

Bülbül, F., Çakır, Ü., Üre, İ., Karabatak, O. & Alpak, G. (2013). Childhood trauma in recurrent and first episode depression. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 93-99.

Carey, G. & Gottesman, I., I. (1981). Twin and family studies of anxiety phobic, and obsessive compulsive disorders. In: *Anxiety: New. Research and Changing Concepts*. Klein, D., F., Rabkin, J. (Eds). Raven. New York, 117-36.

Clarey, A., Hokoda, A. & Ullod, E., C. (2010). Anger Control and Acceptance of Violence as Mediators in the Relationship between Exposure to Interparental Conflict and Dating Violence Perpetration in Mexican Adolescents. *Journal of Family Violence*, 25, 619-625.

Clark, D., A. (2007). *Cognitive Behavioural Therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.

Crespo-Facorro, B., Cabranes, J., A., López-Ibor Alcocer, M., I., Payá, B., Fernández Pérez, C., Encinas, M., Ayuso Mateos, J., L. & López-Ibor, J., J. (1999). Regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients with and without a chronic tic disorder. A SPECT study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 156-161.

Crino, R., D. & Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *Journal Anxiety Disorder*, 10, 37-46.

Çeçen Eroğul, A. R., & Türk, S. B. (2013). Ergenlerde çocukluk örselenme yaşantıları ve öfke ifade tarzları ile benlik saygısı ve yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 10(1), 1421-1439.

- Çelikel, H. & Beşiroğlu, L. (2008). Klinik Olmayan Örneklemde Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları, Dissosiyasyon ve Obsesif Kompulsif Belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 75-83.
- Çilli, A., S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S. & Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 367-374.
- Demet, M., M., Deveci, A., Deniz, F., Taskın, E., O., İmek, E. & Yurtseven, F. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 133-144.
- Demirci, K. (2016). Çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisinin incelenmesi. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 7-13.
- Denys, D., Zohar, J. & Westenberg, H., G. (2004). The role of dopamine in obsessive compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *Journal Clinic Psychiatry*, 65, 11-7.
- Deveci, E. & Açıık, Y. (2003). Çocuk İstismarı Nedenlerinin İncelenmesi. *Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, 12, 396.
- Doğan, O. (2010). Dirençli Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Tedavi Seçenekleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 269-278.
- Doğan, O., Gülmez, H. & Ketenoglu, C. (1995). *Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi*, 1. baskı, Dilek Matbaası: Sivas.
- Duncan, R., D., Saunders, B., E., Kilpatrick, D., G., Hanson, R., F. & Resnick, H., S. (1996). Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression and substance abuse: findings from a national survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 437-448.
- Duran, A. (1993). Obsesif kompulsif bozukluk, serotonerjik sistem ve serotonin gerilim inhibitörleri (SSRI). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1(3), 43-47.

- Duran, Ö. & Eldeleklioğlu, J. (2005). Öfke Kontrol Programının 15-18 Yaş Arası Ergenler Üzerindeki Etkinliğinin Araştırılması. *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(3), 267-280.
- Emery, R., E. & Laumann-Bilings, L. (2003). Child Abuse. In: Rutter, M., Taylor, E. (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry*, Fourth Ed. Bath: Great Britain at Bath Press, 325-329.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M. & Şimşek, Z. (1997). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. 1. baskı, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Eşel, E. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 3, 46- 55.
- Firestone, R., W., Firestone, L., A., & Catlett, J. (2003). *Creating a life of meaning and compassion: The wisdom of psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fontenelle, L., F., Mendlowicz, M., V., Marques, C. & Versiani, M. (2004). Transcultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *Journal of Psychiatric Research*, 38(4), 403-411.
- Garcia, J. Adams, J., Friedman, L. & East, P. (2002). Links between past abuse, suicide ideation, and sexual orientation among San Diego college students. *Journal of American College Health*, 51(1), 9-14.
- Gençoğlu, C., Kumcağız, H. & Ersanlı, K. (2014). Ergenlerin Şiddet Eğilimine Etki Eden Ailevi Faktörler. *Electronic Turkish Studies*, 9(2), 639-652.
- Gentry, W., D. (2000). *Anger free. Ten basic steps to managing your anger*. New York: Harper Collins Publisher inc.
- Gershuny, B., S., Baer, L., Parker, H., Gentes, E., L., Infield, A., L. & Jenike, M., A. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depression Anxiety*, 25(1), 69-71.
- Goodman, W., K., Price, L., H., Rasmussen, S., A., Mazure, C., Fleischmann, R., L., Hil, C., L., Heninger, G., R. & Charney, D., S. (1989). The Yale-Brown Obsessive

Compulsive Scale I. Development, Use, and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A. & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive–compulsive symptom dimensions and obsessive–compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 41(12), 2495-2506.

Horton, C., B. & Cruise, T., K. (2001). *Child Abuse and Neglect*. The Guilford Press, New York.

ICD-10 (1992). *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflaması: Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu*, Öztürk, M., O., Uluğ, B. (Editörler). Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara.

Insel, T. R., Mueller, E. A., Alterman, I., Linnoila, M., & Murphy, D. L. (1985). Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection?. *Biological Psychiatry*, 20(11), 1174-1188.

Işıklı, S. & Gönül, A., S. (2012). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 5(3), 24-32.

Janowitz, D., Grabe, H., J., Ruhrmann, S., Ettlert, S., Buhtz, F., Hochrein, A. & Wagner, M. (2009). Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*, 26, 1012-1017.

Janssen, I., Krabbendam, L. & Bak, M. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38-45.

Jessup, S., C., Knowles, K., A., Berg, H. & Olatunji, B. O. (2019). Anger rumination is not uniquely characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Personality and Individual Differences*, 140, 10-14.

Juang, Y., Y. & Liu, C., Y. (2001). Phenomenology of obsessive–compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 55(6), 623-627.

Kalat, J., W. & Shiota, M., N. (2007). *Emotion*. Belmont, CA: Thomson/Wadsworth.

- Kalra, S., K. & Swedo, S., E. (2009). Children with obsessive-compulsive disorder: are they just “little adults”? *Journal Clinical Investigation*, 119(4), 737-746.
- Kara, B., Biçer, Ü. & Gökalp, A., S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 140-151.
- Kara, M. (2015). *Investigation of Depression, Obsessive Compulsive Disorder and Their Treatment Methods*. Master thesis, Institute of Biomedical Engineering, Fatih University.
- Karaca, E. & Doksat, M., K. (1998). Klinik açıdan obsesif-kompulsif bozukluk. *Yeni Symposium*, 36(3-4), 59-68.
- Karadağ, F., Kalkan, Oğuzhanoğlu, N., Özdel, O., Ateşci, F., C. & Amuk, T. (2006). Ocd symptoms in a sample of Turkish patients: A phenomenological Picture. *Depression and Anxiety*, 23, 145–152.
- Karakaya, I. & Coşkun, A. (2008). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. Çetin, F., Ç., Pehlivan Türk, B., Ünal, F., Uslu R., İşeri, E., Türkbay, T., Coşkun, A., Miral, S., Motavallı, N. (Editörler). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 1.Baskı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 351-357.
- Karamustafalıoğlu, K., O. & Karamustafalıoğlu, N. (2001). Obsesif kompulsif bozukluk ve komorbid durumlar. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 62-67.
- Karamustafalıoğlu, O. & Akpınar, A. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(12), 30-44.
- Karamustafalıoğlu, O. (2010). *Obsesif Kompulsif Bozukluk. Turkish Family Physician*. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 1-10.
- Karamustafalıoğlu, O., Ceylan, C., Y., Bakım, B., Toker, S., G., Bozkurt, S., Göksan, B., Ögütçen, Ö. & Akpınar, A. (2009). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ve Komorbidite. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 43, 112-116.
- Karamustafalıoğlu, O., K., Üçışık, M., A., Ulusoy, M. & Erkmen, H. (1993). Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması,

Serbest Bildiri. 29. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı*. Bursa/Türkiye: Savaş Ofset.

Karno, M., Golding, J., M., Sorenson, S., B. & Burnam, M., A. (1988). The epidemiology of obsessive- compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 1094–1099.

Karlıoğlu, E., H. & Yüksel, N. (2007). Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10(13), 13-13.

Kaufman, J., Plotsky, P., M., Nemeroff, C., B. & Charney, D. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: Clinical Implications. *Biological Psychiatry*, 48, 778 –790.

Kaya, E. (2010). Çocuk istismarı ve ihmalinin saptanmasında nükleer tıp yöntemlerinin kullanımı. *Journal of Current Pediatrics*, 8, 30-35.

Kaymak, S., Ö. (2004). Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. *Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37(2), 27-39.

Kellogg, N. (2005). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 116(2), 506-512.

Kempe, C., H. & Helfer, R., E. (1972). *Helping the battered child and his family*. Philadelphia: J. B.: Lippincott Company.

Kendurkar, A. & Kaur, B. (2008). Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ? Prim care companion. *Journal Clinical Psychiatry*, 10(4), 299–305.

Kırmızı, Z. (2008). *Lise öğrencilerinin öfke ifade tarzlarının ve kaygı düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Kırpınar, İ., Özer, H. & Coşkun, İ. (1997). Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM-III-R ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. *3P Dergisi*, 5, 253-265.

Kısaç, G., (1997). *Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Sürekli Öfke İfade Düzeyleri*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kısaç, İ. (2000). Üniversite öğrencilerinin sürekli öfke ve öfke ifade biçimleri ve cinsiyet. *Türkiye Sosyal Araştırma Dergisi*, 4(1), 129-144.

Kira, I., A (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7, 2, 73-86.

Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic depressive states. *Love, Guilt and Reperation and Other Works 1921- 1945*. London, Vintage, 344-370.

Koran, L., M. (2000). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 509-517.

Kostak, A. M. & Vatansever, C. (2015). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali İle İlgili Görüş ve Düşünceleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 1-11.

Köroğlu, E. & Güleç, C. (2007) *Psikiyatri Temel Kitabı, ikinci Baskı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 343-352.

Köroğlu, E. & Türkçapar, H. (2009). *Psikoterapi yöntemleri kuramlar ve uygulama yönergeleri*. HYB Yayınları: Ankara.

Kruger, S., Cooke, R., G., Hasey, G., M., Jorna, T. & Persad, E. (1995). Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal Affective Disorder*, 34(2), 117-20.

Kulaksızoğlu, A. (2004). *Ergenlik Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Lapsekili, N., Uzun, Ö. & Ak, M. (2010). Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 170-176.

Leckman, J., F., Denys, D., Simpson, H., B., Mataix-Cols D., Hollander, E., Saxena, S., Miguel, E., C., Rauch, S., L., Goodman, W., K., Phillips, K., A. & Stein, D., J. (2010). Obsessive Compulsive Disorder: A Review of the Diagnostic Criteria and Possible Subtypes and Dimensional Specifiers for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 27(6), 507-527.

- Leib, P., T. (2001). Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive compulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 222-242.
- Lenane, M., C., Swedo, S., E., Leonard, H., Pauls, D., L., Sceery, W. & Rapoport, J., L. (1990). Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 29, 407-412.
- Lensi, P., Cassano, G., B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J., L. & Akiskal, H., S. (1996) Obsessive-compulsive disorder familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender related differences. *British Journal Psychiatry*, 169, 101-107.
- Leon, A., C., Porera, L. & Weismann, M., M. (1995). Social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(27), 19-22.
- Lochner, C., du Toit, P., L., Zungu-Dirwayi, N., Adele Marais, M., A., Van Kradenburg, J., Curr, B., Soraya Seedat, M., Dana, J., H., Niehaus, M. & Stein, D., J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, 15, 66-68.
- Lochner, C., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Moolman-Smook, J. C., Corfield, V. A., Knowles, J. A., Niehaus, D., J. & Stein, D. J. (2004). Gender in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic findings. *European Neuropsychopharmacology*, 14(2), 105-113.
- Mallinger, A. (1984). The obsessive myth of control. *Journal America Academy Psychoanalysis*, 12, 147-165.
- Mathews, C., A, Kaur, N. & Stein, M., B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25(9), 742-751.
- Maughan, A. & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73, 1525-1542.

- McCubbin, R., A. & Sampson, M., J. (2006). The relationship between obsessive-compulsive symptoms and appraisals of emotional states. *Anxiety Disorders*, 20, 42-57.
- Mccullough, C., Miller, E. & Johnson, J., G. (2010). Childhood emotional abuse, cruel physical punishment, and anxiety among adolescent primary care patients. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3, 224–233.
- Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Randjbar, S. & Jelinek, L. (2011). Was Freud partly right on obsessive compulsive disorder? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 180-184.
- Moscovitch, D., A., McCabe, R., E., Antony, M., M., Rocca, L. & Swinson, R., P. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 107–113.
- Mundo, E., Richter, M., A., Zai, G., Sam, F., McBride, J., Macciardi, F. & Kennedy, J., L. (2002). 5HT1D beta receptor gene implicated in the pathogenesis of obsessive compulsive disorder: further evidence from a family based association study. *Molecular Psychiatry*, 7, 805-809.
- Murphy, S., M., Kilpatrick, D., G., Amick-McMullen, A., Veronen, L., J., Paduhovich, J., Best, C., L., Villeponteaux, L., A., & Saunders, B., E. (1988). Current psychological functioning of child sexual abuse survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(1), 55-79.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O., J., 3rd, Liang, K., Y., LaBuda, M., Walkup, J., Grados, M. & Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 358-363.
- Nicolini, H., Weissbecker, K., Mejía, J., M. & Sánchez, D., C., M. (1993). Family study of obsessive-compulsive disorder in a Mexican population. *Archives of Medical Research*, 24(2), 193-198.
- Novaco, R., W. & Taylor, J., L. (2008). Anger and assaultiveness of male forensic patients with developmental disabilities: links to volatile parents. *Agressive Behavior*, 34, 380–393.

- Özer, A., K. (1994). Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 26-35.
- Öztürk, M., O. & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Yenilenmiş 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, M., O. & Uluşahin, A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Yenilenmiş 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Öztürk, M., O. (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pauls, D., L., Towbin, K., E., Leckman, J., F., Zahner, G., E. & Cohen, D., J. (1986). Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder: evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 1180-1182.
- Perugi, G., Akiskal, H., S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani A, Milanfranchi, A., Lensi, P., Ravagli, S. & Cassano, G., B. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive compulsive disorder. *Journal Affective Disorder*, 46, 15-23.
- Pittenger, C., Kelmendi, B., Wasyluk, S., Bloch, M., H., & Coric, V. (2008). Riluzole augmentation in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: a series of 13 cases, with long-term follow-up. *Journal Clinical Psychopharmacology*, 28(3), 363-367.
- Plant, M. & Miller, P. (2005). Childhood and adult sexual abuse: relationships with addictive or problem behaviours and health. *Journal Addictive Diseases*, 24, 25-38.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. (2003). *The Treatment of Obsessions*. Oxford University Press. Oxford.
- Rachman, S., J. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Radomsky, A., S., Ashbaugh, A., R. & Gelfand, L. A. (2007). Relationships between anger, symptoms and cognitive factors in OCD checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2712-2725.

- Rasmussen, S., A. & Eiesen, J., L. (1992). The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743-758.
- Rosenberg, D., R. & Hanna, G., L. (2000). Genetic and imaging strategies in obsessive compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biological Psychiatry*, 48, 1210-1222.
- Rosenberg, D., R. & Keshavan, M., S. (1998). Toward a neurodevelopmental model of obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 43, 623-640.
- Rosenberg, D., R., MacMaster, F., P., Keshavan, M., S., Fitzgerald, K., D., Stewart, C., M. & Moore, G., J. (2000). Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *Journal American Child Adolescent Psychiatry*, 39, 1096-1103.
- Salkovskis, P., M. & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P., M. (1989). Cognitive-behavioural factors in the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P., M. (1999). Understanding and treating obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 29-52.
- Salzman, L. (1985). Psychotherapeutic management of obsessive-compulsive patients. *American Journal of Psychotherapy*, 39, 323-330.
- Sayar, K., Uğurad, I. K. & Acar, B. (1999). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9, 142-147.
- Seifert, A., E., Polusny, M., A. & Murdoch, M. (2011). The association between childhood physical and sexual abuse and functioning and psychiatric symptoms in a sample of U.S. army soldiers. *Military Medicine*, 176(2), 176-181.
- Semiz, Ü., B., İnanç, L. & Bezgin, C., H. (2014). Are trauma and dissociation related to treatment resistance in patients with obsessive-compulsive disorder? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 49(8), 1287-129.

- Shafran, R., Watkins, E. & Charman, T. (1996). Guilt in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 509–516.
- Snowdon, S. (1979). Family size and birth order in obsessional neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 60, 121-128
- Sobin, C., Blundell, M., L. & Karayiorgou, M. (2000). Phenotypic differences in early and late onset obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 9-373.
- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11(2), 19-27.
- Spertus, I., L., Yehuda, R., Wong, C., M., Halligan, S. & Seremetis, S., V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Neglect*, 27, 1247-1258.
- Spielberger, C., D. (1988). *Manual for the state-trait anger expression inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C., D., Jacobs, G., Russel, F., S. & Crane, R., S. (1983). *Assessment of anger: the state-trait anger scale*. In: Butcher, J., N., Spielberger, C., D. (Eds.). *Advances in Personality Assessment*. Hillsdale, NJ/ABD: Lawrence Erlbaum an Associates.
- Starcevic, V. (2004). *Anxiety disorders in adults: A clinical guide*. USA: Oxford University Press.
- Stein, M., B., Walker, J., R., Anderson, G., Hazen, A., L., Ross, C., A., Eldridge, G. & Folde, D., R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 153(2), 275-277.
- Strongman, K., T. (2003). *The psychology of emotion: from everyday life to theory*. John Publisher.
- Şahin, F. & Taşar, M. A. (2012). Cinsel İstismar ve Ensest. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 47, 159- 64.

- Şahin, F. (2008). *Fiziksel İstismar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Çetin, F., Ç., Coşkun, A., İşeri, E. Türkbay, T., Coşkun, A., Miral, S., Motavallı, N. (Editörler). Ankara: Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği.
- Şahiner, İ.,V. (2010). *Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantılarının ve Yaşam Olaylarının Alopesi Areata İle İlişkisi*. Yayımlanmamış uzmanlık tezi. Başkent Üniversitesi.
- Şar, V. (1997). Dissosiyatif Bozukluklar. *Psikiyatri Temel Kitabı 2. Cilt*. Hekimler Yayın Birliği: Ankara.
- Şar, V., Öztürk, E., İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1054-1063.
- Tamam, L., Saygılı, M. & Ünal, M. (2003). Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 469-80.
- Tarhan, N. (2019). *Duyguların psikolojisi ve duygusal zeka: Bize özgü duygular, bize özgü bir analiz*. İstanbul: Timaş.
- Tatlıoğlu, K. & Karaca, M. (2013). Öfke Olgusu Hakkında Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 6(6), 1101-1123.
- Tek, C. & Uluğ, B. (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 99-108.
- Terr, L., C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1, 10-21.
- Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34, 70-74.
- Topbaş, M. (2004). İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76-80.
- Topçu, S. (1997). *Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismarı (2. Baskı)*. İstanbul: Doruk Yayıncılık.
- Topçuoğlu, V. (2003). Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri*, 6, 46-50.

Torres, A., R dura., Prince, M., J., Bebbington, P., Bhugra, D., K., Brugha, T., S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., I. & Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *The American journal of psychiatry*, 163 (11), 1978-85.

Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O., & Atlı, H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 362-366.

Tükel, R., Topçuoğlu, V. & Demet, M., M. (2006). *Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi*. Anksiyete Bozuklukları. ed. Tükel R. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 299-338.

Ülker, M. & Yılmaz, H. (2016). *Kadınlarda çocukluk dönemi mutluluk anıları ile ebeveynlik rollerine ilişkin kendilik algısı arasındaki ilişki* (Doctoral dissertation, Necmettin Erbakan Üniversitesi).

Visser, H., A., van Minnen, A., van Megen, H., Eikelenboom, M., Hoogendoorn, A., W., Kaarsemaker, M., van Balkom, A., J. & van Oppen, P., C. (2014). The relationship between adverse childhood experiences and symptom severity, chronicity, and comorbidity in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(10), 1034-1039.

Weiss, J., A., Waechter, R., Wekerle, C. & MAP Research Team. (2011). The impact of emotional abuse on psychological distress among child protective services-involved adolescents with borderline-to-mild intellectual disability. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4, 142–159.

Whiteside, S., P. & Abramowitz, J., S. (2004). Obsessive–compulsive symptoms and the expression of anger. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 259–268.

Whiteside, S., P. & Abramowitz, J., S. (2005). The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive–compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 21(3), 106-111.

WHO (World Health Organization). (2014). *Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade*, Geneva 27, Switzerland, Who Press.

World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. WHO, Geneva.

Yanık, M. & Özmen, M. (2002). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 140-146.

Yavuzer, H. (2004). *Yaygın Anne Baba Tutumları*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yıldırım, E., A., Kaşar, M., Albayrak, E., A., Gökalp, R., P. & Özer, S. (2009). Clinical and Sociodemographic Features of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 19, 585-586.

Yöyen, E., G. (2017). Çocukluk Çağı Travması Ve Benlik Saygısı. *International Journal Of Social Sciences And Education Research*, 3(1), 267-277.

Zohar, A., H., Ratzoni, G., Pauls, D., L., Apter, A., Bleich, A., Kron, S., Rappaport, M., Weizman, A. & Cohen, D., J. (1992) An epidemiological study of obsessive compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1057-1061.

Zohar, J., Zohar, K. & Kindler, S. (1992). Current concepts in the pharmacological treatment of obsessive compulsive disorder. *Drugs*, 43, 219.

Zoroğlu, S. S., Tüzün, U., Şar, V., Öztürk, M., Kara, M. E. & Alyanak, B. (2001). Çocukluk döneminde ihmal ve istismarın olası sonuçlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.

9-EKLER

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı Hastalığı) Tanısı Almış Bireylerdeki Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantı Düzeyi ve Öfke İfade Tarzı ile Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almamış Bireylerdeki Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantı Düzeyi ve Öfke İfade Tarzının Karşılaştırılması

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasındaki ilişkiyi incelemek ve öfke ifade tarzlarını analiz etme; obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin obsesyon ve kompulsiyonlarına etkisini öğrenmek, farklı değişkenler açısından incelenerek dağılımlarının çıkarılması, bu konunun farklı açılardan sınıflanması ve tedavi planını oluştururken kullanılacak yöntem biçimlerini geliştirmek adına literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ

Araştırmada ilk olarak tüm gönüllü katılımcılara klinik bilgi toplamak amacıyla sosyodemografik bilgi formu (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni hal vb.) uygulanacaktır. OKB tanısı almış bireylerin okb düzeylerini tespit etmek amacıyla; okb tanısı almamış olan bireylerin ise tanıya sahip olmadıklarını tespit etmek amacıyla Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS) uygulanacaktır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin ve tanı almayan bireylerin çocukluk çağı travmatik yaşantı düzeyi ve öfke ifade tarzını öğrenmek amacıyla kişilere; Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Sürekli Öfke - Öfke İfade Tarzı Ölçeği uygulanacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan bireylerin çocukluk çağındaki travmatik yaşantı düzeyini incelemek ve öfke ifade tarzları ile arasındaki ilişkiyi çözümlemek, obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin obsesyon ve kompulsiyonların içeriğini değerlendirme ve farklı değişkenler açısından incelenerek dağılımlarının çıkarılması, bu konunun farklı açılardan sınıflanması ve tedavi planını oluştururken kullanılacak yöntem biçimlerini geliştirmek amaçlanmaktadır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz, hasta mahremiyetine ve gizlilik ilkesine dayalı olarak herhangi bir etik kuralı ihlal etmeksizin, gizlilik çerçevesinde ve izniniz haricinde herhangi bir kişi veya kurumla paylaşılmadan kullanılacaktır. Yanıtlarınız bilimsel veriler elde etme ve istatistiksel yorumlama sürecinde değerlendirilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

Cansu ÖLMEZ

E-mail: cns.olmez@hotmail.com

EK 2

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1) Cinsiyetiniz

A) Kadın B) Erkek

2) Yaşınız _____

3) Medeni Durumunuz:

A) Evli B) Bekar C)Boşanmış D)Diğer

4) Eğitim Durumunuz:

A) Okur Yazar B) İlkokul C) Ortaokul

D) Lise E) Önlisans F) Lisans

G) Yüksek Lisans H) Doktora ve Üstü

5) Anne Babanız:

A) İkisi de hayatta B) Sadece anne hayatta

C) Sadece baba hayatta D) İkisi de hayatta değil

6) Anne Babanız:

A) Birlikte B) Boşanmış/Ayrı

7) Annenizin eğitim durumu:

A) Okur Yazar B) İlkokul C) Ortaokul D) Lise

E) Önlisans F) Lisans G) Yüksek Lisans H) Doktora ve Üstü

8) Babanızın eğitim durumu:

A) Okur Yazar B) İlkokul C) Ortaokul D) Lise

E) Önlisans F) Lisans G) Yüksek Lisans H) Doktora ve Üstü

9) Kaç kardeşiniz? _____

10) Gelir düzeyiniz

A) 1.000-2.000 B) 2.000-5.000 C) 5.000-10.000 D) 10.000 ve üzeri

11) Daha önce psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı / şu anda kullanmakta olduğunuz herhangi bir ilaç var mı?

A) Evet B) Hayır

12) Daha önce veya şu an almış olduğunuz herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı/psikiyatrik tanınız var mı?

A) Evet Belirtiniz: _____

B) Hayır

13) Herhangi bir bedensel hastalığınız var mı?

A) Hayır

B) Evet Belirtiniz: _____

14) Alkol , Sigara veya Madde Kullanım durumu:

EK 3

YALE–BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y–BOCS) – Açıklamalar ve Değerlendirme

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru : Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun) : Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az) , veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az)

2: Orta (günde 1 – 3 saat) , veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat) , veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla) , veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyipte yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif , sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta , sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır , sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum 4:
Çok ağır , iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının “rahatsız edici” olduğunu kabul etmelerine karşın ‘anksiyete’ yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semtomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen başedilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya yada dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda ‘0’ puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır. 2:

Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir . 4: Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ

Soru : Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolunuz var?

Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yönltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır) : Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Bir çok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)

2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).

3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).

4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum. 4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeyse, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor; veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen başedilebilir durumda olduğunu belirtir; veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen başedebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış; veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda “0” puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır; veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ

Soru : Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiye derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşı genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlkle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

Soru : Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak birşey olmadığına tam ikna olmuş gözüküyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız görüldüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

12. KAÇINMA

Soru : Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi birşey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, şu soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kişinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu şeylere dokunmaktan kaçınması şeklindedir. Örneğin, törensel bir şekilde çamaşır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı değildir. Eğer kişi çamaşır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.

4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herşeyi yapıyor.

13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ

Soru : Diğer kişilerin kolayca karar verebilecekleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

0: Yok.

1: Hafif, ufak şeyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.

2: Orta, hasta, başkalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliğinden belirtiyor.

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz şeyleri zihninde ölçüp biçme. 4:

Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

Soru : Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var

mı? Başkalarının başına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.

2: Orta, hasta, kendi kontrolü dışındaki olaylarda bile aşırı sorumluluk hissettiğini kendiliğinden ifade ediyor.

3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolü dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlar.

4: Çok ağır, sanrısıl bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzağında olan bir depremin kendisi kompulsiyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

2: Orta, olağan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması. Sıklıkla geç tamamlanması.

3: Ağır, olağan işlemlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle işin uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlemlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. PATALOJİK KUŞKU

Soru : Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, işittiğiniz ve dokunduğunuz şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınız kuşkusu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç.

1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.

2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.

3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.

4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta “Gördüklerime aklım güvenmiyor.” diye belirtir).

1. GENEL ŞİDDET

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0’ dan (hastalığın olmama durumu), 6’ ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kanıya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

0: Hastalık yok.

1: Hafif, kuşkulu veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok. 2:

Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.

3: Orta şiddette semptomlar. Çabayla işlevlerini yerine getirilebiliyor. 4:

Orta – ağır şiddette semptomlar. İşlevler kısıtlanmış.

5: Ağır semptomlar. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor. 6:

Çok ağır semptomlar. Tümüyle iş göremez durumda

2. GENEL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötüye gidiş.

2: Çok az kötüye gidiş var. 3:

Değişiklik yok.

4: Çok az iyileşme var. 5:

Epeyce iyileşme var. 6:

Çok fazla iyileşme var.

3. GÜVENİLİRLİK

Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini puanlandırın. Güvenirliği etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.

1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir. 2:

Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir. 3:

Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

17 ve 18. bölümler Clinical Global Impression Scale' den uyarlanmıştır. [Guy w:ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology : Publication 76 – 338. Washington, D.C., US. Department of Health and Welfare (1976)]

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Varolan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları “P” ile işaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. “*” ile işaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir).

ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birşey yapmaktan korkma*

- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- Çalacağından korkma
- Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

KİRLLENME OBSESYONLARI

- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)
- Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)
- Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)
- Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
- Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
- Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
- Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya inest ilişkiye ile ilgili
- Homoseksüel ilişki ile ilgili*
- Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- Diğer

BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

DİNİ OBSESYONLAR

- Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
- Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- Doğaüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini)
- Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

- Bilme veya hatırlama ihtiyacı
- Belirli şeyleri söyleme korkusu
- Doğru şeyi söylememe korkusu
- Birşeyler kaybetme korkusu
- İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
- Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
- Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
- Uğurlu veya uğursuz sayılar
- Özel anlamı olan renkler
- Batıl itikatlar
- Diğer

SOMATİK OBSESYONLAR

- Hastalık ile ilgili*
- Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili (örneğin dismorfofobi)*
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

- Aşırı veya törensel el yıkama
- Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin temizliği ile aşırı ilgili
- Kirletic maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

- Tekrar okuma veya yazma

- Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örneğin, kapıdan girme / çıkma, sandalyeye oturma / kalkma)
- Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobiler, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır. (örneğin, eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek)]

DİĞER KOMPULSİYONLAR

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Aşırı liste hazırlama
- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
- Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları *
- Diğer

Genel Bilgiler

Bu derecelendirme ölçeği obsesif–kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Genelde tüm bölümlerde hastanın bildirimleri esas alınmaktaysa da, sonuçtaki değerlendirme görüşmeyi yapanın klinik kararına dayanmaktadır. Görüşmenin yapılmasından bir hafta öncesinden başlayarak herbir madde için hasta gözlenmelidir. Puanlar bütün bu özelliklerin bir haftalık görülme ortalamasını yansıtmalıdır.

Bu derecelendirme ölçeği yarı – yapılandırılmış bir görüşme amacıyla hazırlanmıştır. Görüşmeyi yapan kişi sırayla ekte sunulan soruları kullanarak değerlendirme yapmalıdır.

Bununla birlikte görüşmeyi yapan kişi, duruma açıklık getirecek ek sorular sormakta serbesttir. Eğer hasta görüşme sırasında ek bilgi vermeye istekli olursa, bu bilgiler de değerlendirilmelidir.

Derecelendirme, görüşme sırasında verilen yanıtlar ve gözlemlerle sınırlı olmalıdır. Eğer elde edilen bilgilerin büyük oranda yanlış olduğuna karar verirsiniz, hastanın güvenilirliğine ilişkin bir sorun vardır ve bu durum görüşme sonundaki “güvenirlilik” bölümünde değerlendirilmelidir (19’ uncu madde).

Sorulara başlamadan önce hastaya aşağıda belirtilen şekilde “obsesyonları” ve “kompulsiyonları” tanımlayınız.

“Takıntılar” sürekli olarak aklınıza gelen hoş olmayan fikir, düşünce ve görüntülerdir. İstemediğiniz halde aklınıza gelirler. Size çirkin ve anlamsız gelen bu düşünceler kişiliğinize uymazlar. Çoğu zaman da size sıkıntı verirler.

“Tekrarlayıcı hareketler” anlamsız ve gereksiz bulmanıza rağmen yaptığınız hareket ve davranışlardır. Zaman zaman bunları yapmamak için direnirsiniz, ama bu çok güç olabilir. Bu hareketi yapıp bitiremezseniz sıkıntı duyarsınız.

Şimdi size takıntılar ve tekrarlayan hareketlerle ilgili birkaç örnek vereyim :

Takıntıya örnek: Hiçbir zaman yapmayacağınız halde “çocuğuma fiziksel olarak zarar vereceğim” düşüncesinin tekrar tekrar aklınıza gelmesi.

Tekrarlayıcı hareketlere bir örnek : Evden çıkmadan önce pencerenin kapalı olup olmadığını 6 kez kontrol etmek. Çoğu zaman tekrarlayan hareketler gözle görülebilir davranışlardır. Ancak bazıları da kişinin içinden yaptığı davranışlardır. Mesela, aklına kötü bir düşünce geldiği zaman içinden ona kadar saymak gibi.

“Bu söylediklerimle ilgili sorunuz var mı?” (Eğer yoksa devam edilmelidir).

Testin tekrarlanması durumlarında bu tanımlayıcı açıklamaların yapılması gerekmez. Obsesyonların istenmeyen, ancak kişinin elinde olmadan itildiği düşünce ve değerlendirmeler olduğunu, kompulsiyonların ise yapmak zorunluluğunu hissettikleri davranışlar olduğunu hastaya hatırlatmak yeterli olacaktır.

Hedef semptomların bir listesini oluşturabilmek için, hastanın şimdiki obsesyon ve kompulsiyonlarını tek tek anlatmasını isteyiniz. Şu an varolan semptomları tanımlayabilmek için, obsesyon ve kompulsiyon listesini kullanın. Daha sonraki değerlendirmelerde tekrar ortaya çıkabilecekleri için, geçmişteki belirtileri bilmek ve tanımlamak da yararlı olur.

Varolan obsesyon ve kompulsiyonları belirledikten sonra, Hedef Semptomlar Formu üzerinde klinik açıdan elverişli bölümler şeklinde düzenleyerek, liste oluşturun (örneğin, hedef kompulsiyonları kontrol etme ve yıkama olarak ayırın). İzlemeyi kolaylaştırmak açısından semptomların belirleyici özelliklerini tanımlayın (örneğin, listede “kontrol etme” şeklinde tanımlanan semptomun yanına, hastanın neyi kontrol ettiğini belirtin). Değerlendirmenin odak noktasını oluşturacağı için, en belirgin semptomların neler olduğunu belirtiniz. Buna rağmen her bölümün sonuç puanının, hastanın bütün obsesyon ve kompulsiyonlarının bileşik bir derecelendirmesini yansıtması gerektiğini unutmayın.

Testin tekrarlandığı durumlarda, Madde 1’i derecelendirmeden önce, hedef obsesyonları yeniden gözden geçirerek, gerekiyorsa değiştirin. Madde 6’nın derecelendirilmesinden önce de aynı işlemi kompulsiyonlar için yapın.

Ondokuz maddenin hepsi de derecelendirilmelidir. Ancak ilk on madde toplam puanı belirlemede kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. **Obsesyonların** toplamı ilk beş, **Kompulsiyonların** toplamı ise ikinci beş maddenin toplamıdır.

Çevirenler: Doç.Dr.Berna Uluğ, Prof.Dr.Işık Savaşır

Geçerlik güvenirlik çalışmaları:

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity.

Tek C; Uluğ B; Rezaki BG; Tanrıverdi N; Mercan S; Demir B; Vargel

S Acta Psychiatr Scand. 1995 Jun; 91(6): 410-3

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması Karamustafalıoğlu OK, Üçışık M A, Ulusoy M, Erkmen H

Serbest Bildiri, 28.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bursa

1993 Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

EK 4**Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği**

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Hiç Bir Zaman(1) Nadiren(2) Kimi zaman(3) Sık olarak (4) Çok sık(5)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım					
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum					
3. Ailemdelikiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.					

7. Sevildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövölme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					

19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

EK 5

Sürekli Öfke Ölçeği (SÖÖTÖ) (Çeviren: © Kadir Özer, 1994)

I. Bölüm

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında size en iyi tanımlayanı seçerek üzere (x) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetsinsizin, genel olarak nasıl hissettiğini gösteren cevabı işaretleyiniz.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor ?

	Hiç			Tümüyle
1- Çabuk Parlarım.	1	2	3	4
2- Kızgın mizaçlıyım.	1	2	3	4
3- Öfkesi burnunda bir insanımdır.	1	2	3	4
4- Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	1	2	3	4
5- Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	1	2	3	4
6- Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4
7- Öfkelenişimde ağzıma geleni söylerim.	1	2	3	4
8- Başkalarının önünde eleştirilmek beni hiddetlendirir.	1	2	3	4
9- Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir.	1	2	3	4
10- Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılına dönerim.	1	2	3	4

II. Bölüm

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (x) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeyin.

- 1- Hiç
- 2- Biraz
- 3- Oldukça
- 4- Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA ...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç			Tümüyle
11- Öfkemi kontrol ederim.	1	2	3	4
12- Kızgınlığımı gösteririm.	1	2	3	4
13- Öfkemi içime atarım.	1	2	3	4
14- Başkalarına karşı sabırlıyım.	1	2	3	4
15- Somurtur ya da sürat asarım.	1	2	3	4
16- İnsanlardan uzak dururum.	1	2	3	4
17- Başkalarına iğneli sözler söylerim.	1	2	3	4
18- Soğukkanlılığımı korurum.	1	2	3	4
19- Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	1	2	3	4
20- İçin için köpürürüm ama gösteremem.	1	2	3	4
21- Davranışlarımı kontrol ederim.	1	2	3	4

22- Başkalarıyla tartışırım.	1	2	3	4
23- İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	1	2	3	4
24- Beni çileden çıkaran herneyse saldırırım.	1	2	3	4
25- Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	1	2	3	4
26- Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	1	2	3	4
27- Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	1	2	3	4
28- Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	1	2	3	4
29- Kötü şeyler söylerim.	1	2	3	4
30- Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4
31- İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	1	2	3	4
32- Sinirlerime hakim olamam.	1	2	3	4
33- Beni sinirlendirenlere, ne hissettiğimi söylerim.	1	2	3	4
34- Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	1	2	3	4



